علم النفس الإكلينيكى

التطورات المعاصرة فى الفحص والتشخيص والعلاج النفسى



دكتــور
محمد فرغلى فراج

مكتبة الأنجلو المصرية

علم النفس الإكلينيكى
التطورات المعاصرة فى الفحص والتشخيص والعلاج النفسى
د. محمد فرغلى فراج

علم النفس الإكلينيكي

التطورات المعاصرة

في الفحص والتشخيص والعلاج النفسى

دكتور/ محمد فرغلى فراج

استشارى علم النفس الاكلينيكي بالولايات المتحدة

رئيس قسم على النفس جامعة الملك سعود-أبها (سابقاً)

عضو هيئة التدريس بجامعة القاهرة(سابقاً)

University of Michigan, Dearborn



مكتبـــة الأنجلـــو المصريـــة



الفهرس

الفصل الأول
تعريف بالعلم

الفصل الثاني
المقابلة الإكلينيكية

الفصل الثالث
الفحص النفسى–الاجتماعى (تاريخ الحالة)

الفصل الرابع
الاختبارات النفسية في الفحص الإكلينيكي

الفصل الخامس
قياس الذكاء في الفحص الإكلينيكي

الفصل السادس
اختبارات الشخصية في الفحص الإكلينيكي

الفصل السابع
التقدير السلوكى

الفصل الثامن
رسم الخطة العلاجية

الفصل التاسع
العلاج النفسى التحليلى

الفصل العاشر
العلاج السلوكى: مقدمة

الفصل الحادي عشر
أساليب العلاج السلوكى

الفصل الثاني عشر
العلاج السلوكى المعرفى

الفصل الثالث عشر
البحوث الإكلينيكية

الفصل الرابع عشر
فروع علم النفس الإكلينيكي

مقدمة

لنشر هذا الكتاب قصة طويلة. فلقد تم التعاقد مع إحدى دور النشر المصرية لنشر الكتاب فى عام ١٩٩٨. وتركت الكتاب مع وعد بالنشر وسافرت إلى الخارج، حيث أعمل بالولايات المتحدة. وكنت أعود كل عام تقريباً ليقول لى صاحب دار النشر أنه ينتظر دوره فى طابور النشر وسوف تتم طباعته قريبا وفى خلال فترة وجيزة. ومرت سبع سنوات ولم يتم نشر الكتاب فقمت بسحبه من دار النشر. وبعد ذلك قمت بمراجعة الكتاب مع إضافة الفصل الأخير عن بعض أهم فروع علم النفس الإكلينيكي في الوقت الحاضر. وقد بنى هذا الكتاب على خبرة عملية وعلمية امتدت سنوات طويلة في الممارسة الفعلية لعلم النفس الإكلينيكي مع أشخاص يتلقنون خدمات الصحة النفسية في مراكز الصحة النفسية في الولايات المتحدة، ويعانون من مختلف مشكلات الصحة النفسية. كذلك فلقد استند إلى الدراسة النظرية والتدريب العملى في الجامعات خاصة جامعة ليدز بالمملكة المتحدة وجامعة رتجرز في ولاية نيوجرسي بالولايات المتحدة. حيث تعلم المؤلف على أيدي مشاهير العلاج النفسى مثل أرنولد لازاروس وألبرت إليس وغيرهم كثير في أماكن أخرى بالولايات الأمريكية. وحرص المؤلف من خلال حضور الدورات التدريبية والمحاضرات، والقراءة والممارسة العملية على أن يعرف وأن يستخدم أحدث ما توصل إليه علم النفس الإكلينيكي في مجالات الفحص والعلاج النفسى. وقد قام المؤلف خلال عمله في الولايات المتحدة ببناء وتطوير مركز الصحة النفسية للعرب الأمريكيين في ولاية ميشيجان، وقسم العلاج النفسى للأطفال، ومركز مساعدة ضحايا الجريمة والعنف المنزلي، ومركز علاج ضحايا التعذيب، كما قام ببناء برنامج للضمان المستمر للجودة. كذلك فقد قدم المؤلف الكثير من المحاضرات والندوات العلمية، وإجراء البحوث العلمية.

ويحاول هذا الكتاب تقديم التطورات العلمية المعاصرة التى طرأت على مجال علم النفس الإكلينيكي، حيث أن معظم ما نشر بالعربية قد توقف عند فترة الستينات وما قبلها ولم يشمل التطورات الكبيرة التى حدثت فى هذا الميدان الهام على مدار السنوات التلية. لقد جاء هذا الكتاب كثمرة للدراسة العلمية المتعمقة والممارسة

العملية لمجال الصحة النفسية وتطبيقات علم النفس الإكلينيكي مع مختلــف الفئــات والأعمار مع أفراد من مختلف بلدان وثقافات العالم.

وأرجو أن يقدم الكتاب إضافة جديدة للدارسين والمشتغلين فـــى علــم الـــنفس الإكلينيكي فى مصر والعالم العربي.

١

الفصل الأول
تعريف بالعلم

الفصل الأول
تعريف بالعلم

علم النفس الإكلينيكي هو أحد الفروع التطبيقية الرئيسية الهامة لعلم النفس. وهو كما يشير الاسم يختص تطبيق علم النفس فى العيادات النفسية، والمستشفيات، والمؤسسات التى تعنى بالأشخاص الذين يعانون من المرض النفسي والأشخاص متحدى الإعاقة. وقد أطلق الاسم لأول مرة عام ١٨٩٦، عندما قام عالم النفس الأمريكي لايتنر ويتمر Lightner Witmer بإنشاء أول عيادة من نوعها فى العالم تختص بتقييم الأطفال الذين يعانون من مشكلات التعلم الدراسي وعلاج تلك المشكلات. وكان المدرسون والآباء يحولون الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أو مشكلات السلوك إلى تلك العيادة. ويجدر بالذكر أن ويتمر كان قد تلقى تدريبه على يد وليم فونت الذى يسجل التاريخ أنه أنشأ أول معمل لعلم النفس فى ليبزج بألمانيا. وقد حصل لايتنر على درجة الدكتوراه على يد فونت وعاد بعد ذلك إلى الولايات المتحدة حيث أصبح بدوره رائداً من رواد علم النفس. وفى السنوات التى أعقبت إنشاء تلك العيادة النفسية الأولى بدأ انتشار المتخصصين فى علم النفس فى كثير من المواقع، وبوجه خاص فى الجيش الأمريكي، وذلك منذ الحرب العالمية الأولى. إلا أن أعداد المتخصصين فى علم النفس الإكلينيكي زادت فيما بعد زيادة كبيرة خاصة خلال الحرب العالمية الثانية. وفى وقتنا الحاضر ينتشر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون فى كثير من المواقع، كالمستشفيات والعيادات النفسية، ومراكز الصحة النفسية المحلية، وفى المدارس، والسجون والقوات المسلحة والمؤسسات الحكومية ومجالات العمل والصناعة وغيرها. كما أصبح دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي واضح المعالم، وأصبح فى جعبته الكثير من المهارات والخبرات المتراكمة التى يخدم بها الأشخاص الذين يعانون من المرض النفسي. وفى وقتنا الحاضر ومع انتشار الأخصائيين النفسيين فى مواقع كثيرة فى المجتمع، تزايد الوعى بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي وبما يمكن أن يقدمه من خدمات جليلة لخدمة الصحة النفسية فى المجتمع إذا تم إعداده وتدريبه تدريباً جيداً.

تعريف علم النفس الإكلينيكي :

قدم بيلاك وهيرسن (Bellack & Hersen, 1980) تعريفاً بسيطاً لعلم النفس الإكلينيكي على أنه "علم تطبيقى يتم فيه الاستفادة من مبادئ علم النفس فى فهم مشكلات السلوك الانسانى والمساعدة على تخفيف حدتها". ويشيع الخلط أحياناً بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس المرضى حتى بين بعض المتخصصين فى علم النفس. غير أننا نود أن نوضح هنا أن علم النفس المرضى هو ذلك العلم الذى يدرس الأمراض النفسية دراسة نظرية من حيث أعراضها وأسبابها وخصائصها المختلفة: السلوكية والمعرفية والوجدانية. وهو يهدف إلى زيادة معرفتنا وفهمنا لتلك الأمراض النفسية. أما علم النفس الإكلينيكي فهو علم تطبيقى يركز على وصف الخدمات والجهود التى يقوم بها الأخصائي النفسي فى العيادات والمستشفيات النفسية بهدف فحص وتشخيص وعلاج تلك الأمراض النفسية أو الاضطرابات السلوكية والتغلب عليها.

لمحة تاريخية :

اهتم الإنسان منذ العصور السحيقة بمشكلات الصحة النفسية، وشغلته مشكلات المرض العقلى بوجه خاص. وكما هو الحال فى أى ظاهرة أخرى فقد لجأ الإنسان فى العصور القديمة إلى التفسيرات الخرافية للمرض العقلى، وذلك عندما أعوزته التفسيرات العلمية. فلقد رأى القدماء أن المرض العقلى أو الجنون إنما هو حالة من حالات التلبس بالشياطين. ويجدر بالذكر أن ذلك لايقتصر على القدماء وحدهم، بل يشاركهم فيه بعض المعاصرين، خاصة ممن لم يتلقوا نصيباً موفوراً من التعليم الحديث والثقافة، وممن لايجيدون التفكير النقدى. ولا زلنا نرى حلقات الزار، والأحجبة، وفك الأعمال والسحر وإخراج الجن من الجسد، وغير ذلك من صور الفهم المغلوط والممارسات المتخلفة فى أوساط مختلفة من المجتمع. ولا شك أن هناك الكثير ممن يتكسبون من نشر هذه الأفكار المتخلفة. وقد سادت أفكار مشابهة لذلك فى أوربا فى العصور الوسطى وفيما قبل تطور العلم الحديث. وخلال تلك الحقب من التاريخ، كان المرضى العقليون فى أوربا يعاملون معاملة قاسية، فكان يتم سجنهم، ووضع القيود الحديدية فى أيديهم وأرجلهم، وتركهم جوعى، بدعوى أن ذلك هو طريق الشفاء من الجنون. ولم يبدأ العلاج الإنسانى للأمراض العقلية فى أوربا إلاّ فى منتصف القرن الثامن عشر أو أواخره. وعلى العكس من ذلك أنشئت فى القاهرة وغيرها من العواصم العربية البيمارستانات التى كانت تقدم رعاية أكثر إنسانية للمرضى العقليين.

وفى أواخر القرن الثامن عشر قدم بنيامين رش Benjamin Rush (١٧٤٥–١٨١٣) تصوراً مختلفاً للمرض العقلى، حيث رأى أن المرض العقلى له أساس

فسيولوجى. وقد افترض أن المرض العقلى ينشأ فى الأوعية الدموية خاصة فى الدماغ. وحسب نظريته فإن الأوعية الدموية تتأثر بالعوامل الانفعالية مما يؤدى إلى التقليل من فاعليتها. وقد استخدم علاجات تتفق مع نظريته، مثل فصد الدم، وإعطاء المسهلات، واتباع نظم غذائية خاصة، واستخدام العقاقير. وأنشأ وليم تيوك William Tuke (١٧٣٢-١٨١٩) فى مدينة يورك البريطانية داراً للنقاهة، بهدف توفير المعاملة الانسانية الملائمة للمرضى العقليين. وقد استخدم وسائل مثل التدريب الرياضى، والمناقشات، وممارسة الهوايات كبديل عن العقاب والتحكم فى المرضى على النحو الذى ساد من قبل. كذلك عمل فيليب بينل Philip Pinel (١٧٤٥-١٨٢٦) على تحرير المرضى من المعاملة القاسية، واستبدل ذلك بالمعاملة بالرفق والاهتمام، وتوفير بيئة إيجابية منتجة. كذلك فقد قدم بينل نظاماً للتشخيص ميز فيه بين الميلانخوليا، والهوس mania، والخرف dementia، والتخلف العقلى.

وقد وضعت تلك الاصلاحات حجر الأساس لتطور خدمات الصحة النفسية ولنشأة علم النفس الإكلينيكي وتطوره فيما بعد. ثم جاءت اسهامات بروير، وشاركو وفرويد بعد ذلك لتؤكد على دور الدوافع النفسية للسلوك كبديل عن النظرة الفسيولوجية التى كانت سائدة حتى ذلك الوقت. ويبرز هنا الدور التاريخى الهام للتحليل النفسي فى هذا المجال. كما لا يفوتنا هنا أن نذكر ذلك الإسهام الهام لكل من وليم جيمس William James، وفرانسيس جالتون Galton، وجيمس مكين كاتل James McKean Cattell، فى إرساء الأساس العلمى لعلم النفس ولاستخدام الطرق الكمية والقياس النفسي.

ألفرد بينيه وقياس الذكاء:

قام ألفرد بينيه وتيودور سيمون بإعداد ونشر أول مقياس للذكاء فى فرنسا سنة ١٩٠٥، وذلك بهدف التمييز بين الأطفال المتخلفين والأطفال العاديين. كما قام بينيه بإصدار مراجعة للمقياس فى سنة ١٩٠٨ وكذلك فى سنة ١٩١١. وقام لويس تيرمان Terman فى سنة ١٩١٦ بإعداد المراجعة الأمريكية الشهيرة للمقياس، فيما يعرف باسم مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء. ولا شك أن لمقياس بينيه مكانة خاصة فى تاريخ علم النفس الإكلينيكي. فلقد ظل، ولزمن طويل، واحداً من أهم الأدوات فى جعبة الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

وفى نفس العام (١٩١٦) أيضاً أنشأ وليم هيلى William Healy معهد السيكوباتيين الأحداث فى شيكاجو، وذلك لتقديم الإرشاد والتوجيه للأحداث الجانحين. وبرزت فى تلك الفترة الحاجة إلى الخدمات النفسية الإكلينيكية.

علم النفس الإكلينيكي خلال الحرب العالمية الأولى:

لعل من أبرز التطورات خلال تلك الفترة إعداد مقياسى ألفا Alpha وبيتا Beta للذكاء، وذلك بهدف قياس ذكاء المجندين فى الجيش الأمريكى. كما ظهرت فى ذلك الوقت أيضاً صفحة البيانات الشخصية Personal Data Sheet، والتى أعدها ودورث Woodworth، بهدف قياس العصاب النفسي لدى المجندين أيضاً. وقد ساعدت تلك الجهود على توضيح دور علم النفس الإكلينيكي وقيامه كفرع متميز من فروع علم النفس.

فترة مابين الحربين العالميتين:

ظهرت خلال الفترة فيما بين الحربين العالميتين ثلاث اتجاهات رئيسية فى علم النفس الإكلينيكي:

١- دخول الأخصائي النفسي إلى مجال العلاج النفسي، والذى كان من قبل حكراً على الأطباء النفسيين.
٢- التوسع فى استخدام القياس النفسي.
٣- بروز الهوية المهنية للأخصائي النفسي الإكلينيكي.

وسوف نتحدث بإيجاز عن كل من هذه الاتجاهات الثلاث.

أولاً: دخول الأخصائيين النفسيين إلى مجال العلاج:

شهدت تلك الفترة زيادة واضحة فى عدد الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين المشتغلين بالعلاج النفسي. وكان الكثيرون منهم يعملون فى العيادات النفسية لتوجيه الأطفال فى مجال علاج المشكلات التربوية للأطفال. وقد استفاد الأخصائيون النفسيون من نظريات فرويد وآدلر بصورة خاصة فى عملهم خلال تلك الفترة. كما تم أيضاً تطوير أساليب العلاج باللعب لعلاج مشكلات الأطفال، وكذلك ما يسمى بالعلاج المتمركز حول العميل client-centered therapy. وخلال تلك الفترة أيضاً ظهرت بدايات العلاج السلوكي وإرهاصاته على يد كل من واطسون Watson، وراينر Rayner (١٩٢٠)، ومارى كفر جونز Mary Cover Jones (١٩٢٤) وذلك فى محاولاتهم لتطبيق مبادئ الارتباط الشرطى التى صاغها بافلوف فى علاج مخاوف الأطفال.

ثانياً: التوسع فى استخدام المقاييس النفسية:

ظهر خلال تلك الفترة أيضاً الكثير من المقاييس النفسية الشهيرة، نذكر منها

مقياس رورشاخ لبقع الحبر (١٩٢١) ومقياس سترونج للميول المهنية (١٩٣١)، وومقياس تفهم الموضوع TAT (١٩٣٥)، ومقياس بندر جشطلت (١٩٣٨)، ومقياس وكسلر بلفيو (١٩٣٩). وقد أضاف ذلك الكثير من الإمكانات والعدة والعتاد لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

ثالثاً: بروز الهوية المهنية للأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لم يكن ميلاد مهنة الأخصائي النفسي بالأمر الهين أو اليسير. فلقد لقي ذلك مقاومة من بعض الأطباء النفسيين الذين أرادوا أن يظل العلاج النفسي حكراً على المتخصصين فى الطب النفسي. ومن ناحية أخرى رأى بعض علماء النفس فى مهنة الأخصائي النفسي خروجاً على الدور الأكاديمى العلمى للمتخصص فى هذا العلم. فلم يعجبهم أن يشتغل علماء النفس كمهنيين يطبقون العلم. إلاُ أن مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي رغم ذلك بدأت تتضح وتتشكل معالمها بصورة واضحة منذ أواخر الثلاثينات استجابة لاحتياجات المجتمع.

فترة الحرب العالمية الثانية :

دخلت الولايات المتحدة الحرب العالمية الثانية عندما ضرب اليابانيون ميناء بيرل هاربر فى سنة ١٩٤١. وقامت الحكومة الأمريكية بتجنيد الأفراد بأعداد كبيرة. وعندئذ ظهرت الحاجة إلى الأخصائيين النفسيين للمساعدة فى اختيار الجنود وتصنيفهم. وسرعان ما امتدت خدمات الأخصائي النفسي إلى مجالات أخرى كالقيام بالعلاج النفسي الفردى والجمعى، وغير ذلك من المجالات. وقد أدت الخدمات التى قدمها الأخصائيون النفسيون خلال فترة الحرب العالمية الثانية إلى زيادة الاقتناع بقدرة الأخصائيين النفسيين على القيام بالمهام العلاجية.

التغيرات اللاحقة فى أعقاب الحرب العالمية الثانية :

لعل من أهم التطورات التى أعقبت الحرب العالمية الثانية ترسيخ دور الأخصائي النفسي، وكذلك إعداد البرامج الدراسية الأكاديمية والتدريبية الخاصة التى تقوم بإعداد الأخصائي النفسي للقيام بهذا الدور. وقد شكلت رابطة علم النفس الأمريكية APA لجنة خاصة برياسة شاكو David Shakow بهدف وضع برنامج نموذجى للتعليم والتدريب الإكلينيكي. وقد نشرت توصيات هذه اللجنة ونتائج أعمالها فى التقرير المعروف بإسم تقرير شاكو فى سنة ١٩٤٧. وقد تضمن التقرير رأى اللجنة القائل بأن التدريب فى علم النفس الإكلينيكي يجب أن يعمل على إعداد أخصائيين مؤهلين للقيام بمهام البحث العلمى بجانب الفحص النفسي والعلاج.

وقد أيد مؤتمر رابطة علم النفس الأمريكية والذى عقد فى مدينة بولدر بولاية كولورادو سنة ١٩٤٩ توصيات اللجنة، ووافق المؤتمر على أن تدريب الأخصائيين النفسيين يجب أن يتبنى نموذج "العالم–المهنى"، وليس مجرد إعداد وتدريب حرفيين. وبذلك فقد تبنى المؤتمر ذلك التصور النموذجى الذي صاغته لجنة شاكو. كما يلاحظ أنه قصر العمل الإكلينيكي على الحاصلين على درجة الدكتوراه ممن استكملوا التدريب اللازم أيضاً. وقد عرف هذا النموذج فيما بعد باسم نموذج بولدر. وقد ظل هذا النموذج سائداً دون اعتراض أو تحد حتى سنة ١٩٥٨، حين وافق مؤتمر التعليم العالى لعلم النفس على بحث إنشاء برامج دراسية تركز على التدريب العملى أو التطبيقى لعلم النفس دون التركيز على الشق الخاص بدور الأخصائي كباحث أو عالم. وقد تأثر تدريب وإعداد الأخصائي النفسي فى البلاد الأخرى بما تم إنجازه فى الولايات المتحدة. فمثلاً فى بريطانيا بدأ تدريس علم النفس الإكلينيكي فى معهد المودزلى فى سنة ١٩٤٨. وقام أيزنك بدور بارز فى مجال البحوث والدراسات المتصلة بعلم النفس الإكلينيكي، إلا أنه كتب فى وقت من الأوقات يقول إن نتائج العلاج النفسي لاتختلف عن الشفاء التلقائى بدون تلقى العلاج. وقد رأى أيزنك أن على الأخصائيين النفسيين أن يشغلوا أنفسهم بأنشطة البحث العلمى والفحص النفسي.

علم النفس الإكلينيكي فى الستينات :

أصدر الرئيس جون كينيدى فى سنة ١٩٦٣ قانون الصحة النفسية للمجتمعات المحلية Community Mental Health Act. وكان الهدف من إصدار هذا القانون هو خفض عدد المرض العقليين الذين كانت تؤويهم مستشفيات الصحة النفسية الحكومية فى ذلك الحين. فلقد كان من المعتاد أن يصل تعداد المرضى بالمستشفى الواحد إلى عدة آلاف. وقد وفر هذا القانون الأموال اللازمة لإنشاء وتشغيل شبكة ضخمة شاملة من مراكز الصحة النفسية المحلية، بحيث أصبحت مراكز الصحة النفسية فى كل مكان، سواء فى القرى أو المدن، وفى الريف أو الحضر. وقد أدى ذلك إلى زيادة الحاجة إلى المتخصصين فى علم النفس الإكلينيكي زيادة هائلة، وذلك للعمل على مساعدة المرضى الذين أخرجتهم المستشفيات فى أعقاب ثورة العقاقير أو الأدوية النفسية، ولعلاج غيرهم أيضاً خارج المستشفيات.

وشهدت الستينات أيضاً بداية تيار ضخم هو تيار العلاج السلوكى المعاصر، وذلك منذ أن نشر جوزيف ولبه كتابه الشهير المسمى "العلاج النفسي عن طريق الكف المتبادل" (J. Wolpe, 1958) والذى عرض فيه لتطبيق طرق العلاج النفسي المبنية على أساس مبادئ الإرتباط الشرطى التى صاغها بافلوف من قبل. وقد أتيح لكاتب

هذه السطور قراءة هذا الكتاب فى سنة ١٩٦٠ عندما كان طالباً فى دبلوم علم النفس التطبيقى بجامعة القاهرة، حيث وجد الكتاب حينئذ بالمكتبة الأمريكية بالقاهرة.

مؤتمر فيل Vail Conference:

عقد مؤتمر فيل فى سنة ١٩٧٣. وقد ركز بدرجة كبيرة على جانب التدريب المهنى للأخصائي النفسي الإكلينيكي، ورأى أن الدراسة النظرية يجب أن تكون وثيقة الاتصال بالممارسة الإكلينيكية بجانب عمقها الأكاديمى. كما أن التدريب الإكلينيكي العملى المكثف ينبغى أن يبدأ منذ العام الأول تحت إشراف أخصائيين اكلينيكيين مؤهلين. وقد اقترح البعض إعطاء درجة الدكتوراه فى علم النفس بدلاً من درجة الدكتوراه العادية: دكتوراة الفلسفة فى علم النفس. وبذلك تشبه تلك الدرجة درجة الدكتوراه فى الطب مثلاً أو طب الأسنان. على أنه يلاحظ أن تقرير فيل لم يحظ بنفس الدرجة من القبول التى حظى بها تقرير بولدر. فالتدريب الحرفى للأخصائي النفسي لايغنى عن تنمية مهارات البحث العلمى، وتعميق التمكن العلمى.

علم النفس الإكلينيكي فى مصر:

أنشئت أول عيادة للصحة النفسية فى مصر فى معهد التربية للمعلمين فى سنة ١٩٣٤. كما بدأ تدريس مقرر علم النفس الإكلينيكي فى جامعة عين شمس فى سنة ١٩٥٤. أما فى جامعة القاهرة فقد تم تدريس مقرر علم النفس الإكلينيكي لأول مرة فى العام الجامعى ١٩٥٩ /١٩٦٠، عندما افتتح دبلوم علم النفس التطبيقى. وقد أخذت الدراسة بجامعة القاهرة منحى غلب عليه الاتجاه السلوكى، بينما غلب الاتجاه الدينامى والتحليلى-النفسي على الدراسة فى جامعة عين شمس. ويتم تدريب الأخصائيين النفسيين غالباً فى دبلومات الدراسات العليا، حيث مازالت درجات الدكتوراه والماجستير ترتكز بصورةً شبه كاملة على إجراء البحوث العلمية النظرية. وقد تم التركيز على تدريب الأخصائيين النفسيين على تطبيق الاختبارات النفسي مع قليل من الاهتمام بالعلاج النفسي.

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يعمل الأخصائيون النفسيون فى وقتنا الحاضر فى الكثير من مواقع العمل: فى المستشفيات العامة، ومستشفيات الصحة النفسية، والعيادات النفسية الخارجية، والمدارس، وأجهزة القضاء والسجون، والقوات المسلحة، إلى جانب مجالات التدريس والبحث العلمى، وغيرها كثير. وفى كل موقع من هذه المواقع يقومون بالكثير من

المهام والمسئوليات التى قد تختلف من موقع لآخر. وسوف نتحث هنا بإيجاز عن أهم تلك الأعمال أو المسئوليات التى يقوم بها الأخصائي النفسي.

أولاً: الفحص النفسي:

يعتبر الفحص النفسي واحداً من أهم المسئوليات التي يضطلع بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي. بل لقد ارتبط الفحص النفسي ارتباطاً وثيقاً فى أذهان الكثيرين بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي حتى أن بعضهم أطلق عليه "أخصائي القياس النفسي" psychometrician. وقد جاء وقت كان القياس النفسي هو المهمة الرئيسية للأخصائي النفسي. إلا أن الوضع تبدل كثيراً فى وقتنا الحاضر خاصة فى الولايات المتحدة، ولم يعد للقياس النفسي الغلبة فى الدور الذى يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي. ويستخدم الأخصائي النفسي فى عمله الكثير من وسائل الفحص وأدوات القياس ومناهجه. ويمكننا أن نلاحظ بوجه عام أن هناك بعض الأخصائيين النفسيين الذين يستخدمون الاختبارات النفسية بصورة منتظمة، بينما البعض الآخر يستخدم ما نسميه بوسائل الفحص السلوكى والمعرفى.

ويختلف الفحص النفسي السلوكى والمعرفى عن القياس النفسي التقليدى اختلافاً بيناً. فبينما تستهدف المقاييس النفسية التقليدية التعرف على سمات أو أبعاد الشخصية أو الخصائص شبه الثابتة للشخصية، فإن الفحص النفسي السلوكى يستهدف التعرف على مكونات السلوك ومايصاحب هذا السلوك (ويسبقه أو يعقبه) من متغيرات داخلية أو خارجية لدى شخص بعينه. كذلك فإن القياس النفسي التقليدى يستهدف أساساً المساعدة فى عملية التشخيص، أما الفحص النفسي السلوكى والمعرفى فيهدف إلى خدمة العملية العلاجية بصورة مباشرة. وتصنف الاختبارات النفسية عادة إلى عدد من الفئات، نوجزها فيما يلى:

١- قياس الذكاء والقدرات.
٢- قياس الشخصية بالمقاييس الاسقاطية.
٣- قياس سمات الشخصية بالمقاييس الموضوعية.
٤- القياس النفسي العصبى.

وإلى جانب استخدام المقاييس النفسية فى المساعدة على التشخيص الدقيق للحالات، فإنه يستخدم أيضاً فى تقييم آثار العلاج. وفى هذه الحالة يتم إعطاء الاختبارات النفسية للمريض قبل بداية العلاج وبعد انتهاء العلاج، ثم تتم مقارنة النتائج لتحديد آثار العلاج.

كذلك يستخدم الفحص النفسي بوجه عام فى عملية التخطيط العلاجى، أو رسم

الخطة العلاجية. وذلك بتوضيح طبيعة المشكلات التى يعانى منها المريض، وأبعاد تلك المشكلات، ومظاهرها المختلفة، ومن ثم تحديد أساليب التدخل العلاجى الملائم لحل تلك المشكلات.

ولقد تطور استخدام المقاييس النفسية تطوراً كبيراً فى وقتنا الحاضر. فلقد أصبح فى وسع الأخصائي النفسي استخدام الحاسب الالكترونى (الكمبيوتر) فى تطبيق وتصحيح الاختبارات النفسية، بل والحصول على تقرير مبدئى يعده الكمبيوتر بناء على درجات المريض على المقياس. ويستخدم الأخصائي النفسي هذا التقرير المبدئى عادة فى إعداد التقرير النهائى آخذاً فى الاعتبار المعلومات الأخرى المتوفرة عن المريض والظروف والمتغيرات المختلفة المتصلة بالمريض وبتاريخ حياته. وكما أشرنا من قبل فإن كثيراً من الأخصائيين النفسيين فى وقتنا الحاضر يفضلون ممارسة العلاج النفسي على تطبيق الاختبارات النفسية. ومع ذلك تظل الحاجة قائمة لاستخدام الاختبارات النفسية نظراً لما تقدمه من خدمات كبيرة فى الفحص النفسي والمساعدة فى عملية التشخيص.

ثانياً: العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي فى وقتنا الحاضر أحد المهام الرئيسية التى يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، إن لم يكن أهمها على الإطلاق. فالعلاج النفسي يعتبر بمثابة الدور الرئيسى بالنسبة للغالبية العظمى من الأخصائيين النفسيين. وتتنوع الإتجاهات أو المدارس العلاجية التى ينتمى إليها المعالجون النفسيون، وإن كان معظمها يتراوح بين الاتجاهات السلوكية والمعرفية من ناحية والاتجاهات الدينامية أو التحليلية من ناحية أخرى. كما يشيع أيضاً استخدام أساليب التنويم وأساليب مراقبة الوظائف البيولوجية biofeedback. ويلاحظ أيضاً أن الكثير من المعالجين يتبنون اتجاهات توفيقية، حيث يستخدمون أساليب متنوعة تنتمى إلى مدارس مختلفة. ويعتمد اختيار هؤلاء للأساليب العلاجية على مدى نجاح أو فعالية تلك الأساليب.

ويأخذ العلاج النفسي صوراً عديدة مثل العلاج النفسي الفردى، والجمعى والسيكودراما، والعلاج الأسرى، والعلاج باللعب، والعلاج بالفنون، والعلاج بالتنويم الخ.. وسوف نعرض هنا بإيجاز لأكثرها شيوعاً:

١ – العلاج النفسي الفردى individual therapy:

وهو أكثر صور للعلاج النفسي شيوعاً. وكما يشير الاسم فإن المعالج يلتقى بالمريض فى جلسات فردية، تقتصر على المعالج والمريض فقط. وبالطبع يستخدم المعالجون النفسيون من مختلف المدارس العلاجية هذا الشكل من العلاج. وتستغرق

جلسة العلاج عادة حوالى ساعة (٥٠ دقيقة)، وتترك الدقائق العشر الأخيرة عادة لكتابة ملخص الجلسة العلاجية. كما يقوم المعالج بتكليف المريض القيام ببعض المهام فيما بين جلسات العلاج، مثل تسجيل الملاحظات عن السلوك أو المشاعر أو الأفكار وعن المواقف التى تحدث فيها تلك الاستجابات، ومدى استمرارها أو تكرارها. ويقوم المعالج بمناقشة تلك الملاحظات مع المريض خلال جلسات العلاج.

٢- العلاج النفسي الأسرى family therapy:

يقدم الأخصائي هنا العلاج النفسي فى جلسات تشمل أفراد الأسرة معاً خلال نفس الجلسة الواحدة. وقد يحضر تلك الجلسات كل من الزوج والزوجة والأولاد، وأحيانا الجد أو الجدة أو الأعمام والعمات أو الأخوال والخالات أو غيرهم ممن يرى المعالج أن وجودهم فى بعض الجلسات له أهمية خاصة. وهناك خطأ شائع فى بعض الأوساط، حيث يتصور البعض أن العلاج الأسرى يستخدم فقط لعلاج الخلافات العائلية. ولكن الحقيقة أن العلاج الأسرى يستخدم لعلاج الكثير من المشكلات النفسية، كالاكتئاب النفسي، واضطرابات القلق النفسي، كالفوبيا، والوساوس، وكذلك الفصام، والسلوك الجانح وتعاطى الخمور والمخدرات والقمار، أو علاج مشكلات الأطفال كالتبول اللاإرادى وغيرها. والافتراض الأساسي وراء العلاج السلوكى أن الكثير من الاضطرابات النفسية هى انعكاس لمشكلات داخل الأسرة كاختلاط الأدوار، والصراعات، وصعوبات التواصل بين أفراد العائلة، أو غياب دور أحد رؤوس العائلة، وغير ذلك من المشكلات التى يعمل المعالج على تصحيحها داخل الأسرة.
وعادة يلتقى المعالج بالأسرة معاً فى نفس الجلسة، أو مع بعض أفرادها دون بعضهم، وكثيراً مايدعو الأقارب كالأجداد إلى الانضمام إلى بعض الجلسات. ويحلل المعالج كيفية تفاعل أفراد الأسرة مع بعضهم البعض، كما يلاحظ المعالج كيفية جلوس أفراد العائلة أثناء جلسة العلاج، والتى تعكس علاقاتهم وتفاعلاتهم. ويعمل المعالج على تغيير الأنماط الخاطئة فى التفاعل داخل الأسرة. كما يوجه المعالج أفراد الأسرة إلى الحديث والتفاعل مع بعضهم البعض داخل جلسة العلاج، بدلاً عن يوجهوا إليه الكلام أو الأسئلة. وهناك أشكال أو صور مختلفة من العلاج العائلى يضيق المقام هنا عن ذكرها. ويمكن الرجوع إلى كتابات المختصين فى مجال العلاج العائلى للتعرف على المدارس وعلى الأساليب المختلفة. أنظر مثلاً: (S. Menuchin, 1974; A.S. Gurman & D.P. Keniskern, 1991)

٣- العلاج النفسي الجمعى group therapy:

شاع استخدام العلاج الجمعى خلال الحرب العالمية الثانية، عندما أدت ضغوط الحرب إلى ظهور الكثير من حالات المرض النفسي، بحيث زادت الحاجة

إلى العلاج عن طاقة المعالجين. ولكن سرعان ما تحول العلاج النفسي الجمعي إلى أن يصبح منهجاً فى العلاج له قواعده وأصوله وأساليبه الخاصة. وينفرد العلاج الجمعى بكثير من المزايا، فهو يمكن من علاج عدد كبير من الأفراد فى وقت محدود وبجهد وتكاليف أقل. كما أنه يوفر للمريض بيئة مواتية يستطيع فيها ممارسة وتجربة المهارات الجديدة التى تعلمها خلال العلاج، كما يتاح له أن يتلقى التشجيع والمؤازرة[١] الاجتماعية. ويستخدم العلاج الجمعى فى علاج كثير من المشكلات كالقلق، والاكتئاب، والتحكم فى الغضب، واضطرابات تناول الطعام، ومشكلات الادمان على الخمور والمخدرات. وهناك أشكال وصور عديدة من العلاج الجمعى، فهناك مثلاً العلاج الجمعى الدينامى، والعلاج الجمعى السلوكى، وهناك العلاج الجمعى التعليمى أو التدريبى، وهناك جماعات المواجهة. أنظر مثلاً: (W.H.Friedman,1989; M. McKay & K. Paleg, 1992; I. Yalom, 1975).

إجراء البحوث :

لا شك أن إجراء البحوث هو أحد المهام أو المسئوليات الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي. فهو بحكم إعداده وتدريبه يستطيع إجراء البحوث المنهجية فى المجالات المختلفة للصحة النفسية، سواء فى ذلك البحوث المتصلة بالعلاج، أو البحوث المتصلة بطبيعة الأمراض النفسية، وعلاقتها بالمتغيرات المختلفة. ولقد شاع القول بأن علم النفس الإكلينيكي هو امتداد توسعى لعلم النفس العام، إلا أننا نرى أن علم النفس الإكلينيكي قد أضاف الكثير إلى علم النفس العام ذاته وإلى معرفتنا عن الإنسان. فلقد أصبح علم النفس الإكلينيكي أشبه شئ بمعمل أو ميدان بحث خرجت منه الكثير من المفاهيم والمعلومات والفروض والنظريات التى أثرت على علم النفس.

ومن مجالات البحث الإكلينيكي الشائعة:

١- دراسة احتياجات المجتمع واحتياجات المرضى
٢- دراسة مدى انتشار الأمراض النفسية epidemiology
٣- تقييم آثار العلاج النفسي.
٤- قياس مدى رضاء[٢] المرضى (أو العملاء) عن الخدمات المقدمة.
٥- تقنين وتطوير أدوات القياس.

---

1 - support.

2 - satisfaction.

التدريب وتقديم الاستشارات النفسية :

يقوم كثير من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين بتدريب المساعدين على تنفيذ الخطط العلاجية التى يضعها الأخصائي النفسي لعلاج أو تغيير السلوك. ومثال ذلك برامج الاقتصاد الرمزى token economy والتى سوف نتكلم عنها فيما بعد، حيث يقوم هؤلاء المساعدون بملاحظة سلوك الأفراد، وكذلك بتدريبهم على القيام بالمهارات السلوكية، وباعطائهم التدعيم أو المكافآت التى تعمل على تثبيت تعلم تلك المهارات. كما يقدم الأخصائي النفسي المشورة إلى جهات الإدارة وغيرها بالنسبة لمواجهة أو علاج المشكلات السلوكية أو مشكلات العمل والروح المعنوية.

وهناك عدد من الأدوار الأخرى التى يقوم بها الأخصائيون النفسيون مثل إدارة العيادات ومؤسسات الصحة النفسية، وهو ماكان حتى وقت قريب مسئولية الطبيب النفسي. ومن الأدوار الأخرى القيام بتصميم وإدارة برامج التحسين المستمر للجودة continuous quality improvement. فالخدمات النفسية مثلها فى ذلك مثل الخدمات الأخرى أومثل المنتجات الصناعية تحتاج إلى جهد مستمر لتحسين الجودة وتلافى العيوب وأوجه القصور. ويتم ذلك بإعداد سياسات وإجراءات واضحة ومفصلة للقيام بمختلف المهام داخل العيادة سواء منها ما يتصل بالفحص أو العلاج أو قبول المرضى أو غير ذلك من الخدمات. كما يشمل ذلك أيضاً الفحص المستمر لملفات المرضى وتحسين أساليب تسجيل وحفظ المعلومات، واكتشاف الأخطاء وأوجـــه القصور وإصلاحها أولاً بأول، وتقديم التدريب اللازم لمنع تكرار حدوث المشكلات.

الإسعاف النفسي :

يقوم الأحصائيون النفسيون بالمساعدة فى مواجهة آثار الكوارث الطبيعية أو الحوادث الكبرى والعنف أو الحروب. وفى هذا الصدد تقوم فرق مدربة تدريباً خاصاً بالسفر إلى تلك المواقع وتقديم المساعدة النفسية بصورة جماعية أو فردية أو أسرية للتغلب على الآثار الحادة أو المزمنة للكوارث والصدمات النفسية.

المنظورات الرئيسية فى مجال الصحة النفسية :

الإنسان ليس بالكائن البسيط أو وحيد الخلية، بل هو كائن حى شديد التعقيد من حيث التكوين والنمو. والإنسان ولا شك كائن حى له زوايا متعددة: بيولوجية، واجتماعية، وأخلاقية، وروحانية. والإنسان ليس وليد اللحظة، بل هو تاريخ يمتد منذ الميلاد وحتى الموت، بل يرى البعض أن تاريخه الحقيقى يبدأ قبل ميلاده. وهو فوق

ذلك يحمل تاريخ أجيالها السابقة وخبراتها وآلامها وأحلامها. ونظراً لتنوع جوانب الإنسان فهناك علوم مختلفة تتناول الإنسان بالدراسة من منظورات مختلفة. كما أن هناك وجهات نظر مختلفة حول الجوانب المختلفة من حياة الإنسان. وسوف نعرض فيما يلى لأهم تلك المنظورات التى حاولت أن تشرح كيفية نشأة السلوك السوى والمرضى، وأن تقدم الأسس التى يجب اتباعها فى علاج المشكلات.

أولاً: المنظور الفسيولوجى:

كثيراً ما يشار إلى هذا المنظور على أنه المنظور الطبى. فهو ينظر إلى الأمراض النفسية من نفس المنظور الذى ينظر منه الطبيب إلى المرض الجسمى. فحسب المنظور الطبى يأخذ المرض الجسمى صورة أعراض مرضية كارتفاع درجة الحرارة، أو الصداع، أو الإغماء، أو الآلام الجسمية. لكن وراء تلك الأعراض توجد عملية مرضية. فالميكروبات تهاجم خلايا الجسم وأعضائه مما ينتج عنه حالة المرض. وقد يحدث المرض أيضاً كنتيجة لاختلال الوظائف الجسمية، كما هو الحال فى مرض السكرى الذى ينشأ عن اختلال وظائف البنكرياس. وبالنسبة للأمراض النفسية فإن هناك بعض الاضطرابات التى ترتبط بصورة واضحة باختلال الوظائف الفسيولوجية. ومن أمثلة ذلك اختلال وظائف الغدة الدرقية والذي يؤدى إلى الكثير من الاضطرابات النفسية. فانخفاض هرمون الثيروكسين يؤدى إلى مرض القصاع(٣)، وتعطل النمو العقلى. وقد يؤدى اختلال وظائف الغدة الدرقية فى أحيان أخرى إلى مرض المكسيديميا(٤)، حيث يفقد المريض اهتمامه بالعالم الخارجى، كما يعانى فى كثير من الأحيان من أعراض الاكتئاب الذهانى، أو الاعتقادات الخاطئة، أو قد يؤدى أيضاً إلى تدهور الذاكرة والعادات والسلوك، إذا لم يتلقى المريض العلاج بهرمون الغدة الدرقية (أحمد عكاشة، ١٩٧٢). ومن ناحية أخرى تؤدى الزيادة فى إفراز الغدة الدرقية إلى مرض جريفز Graves، حيث تزيد سرعة عمليات البناء والهدم، وسرعة النبض، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التهيج العصبى، وعدم الاستقرار الحركى والانفعالى. وكثيراً ماتشخص خطأً على أنها حالة قلق نفسى.

كما تؤدى حالة انخفاض سكر الدم hypoglycemia إلى أعراض القلق والرعبة النفسية panic والتهيج. كما يفسر الكثيرون أمراض الفصام والاكتئاب والذهان الدورى بأنها ترجع إلى اختلال فى الكيمياء الحيوية للجهاز العصبى. كما يتمسك أنصار المنظور الفسيولوجى بأهمية الوراثة فى حدوث الاضطرابات النفسية. ويترتب

---

3 - cretinism.

4 - Myxedema.

على هذه النظرة الفسيولوجية للاضطرابات النفسية استخدام العقاقير أو الجراحة أو الصدمات الكهربية فى علاج تلك الاضطرابات النفسية.

المنظور التحليلى النفسي:

ربما كان هذا المنظور أكثر المنظورات شيوعاً. وقد اسسه أبو التحليل النفسي سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩). وسوف نتحدث هنا بإيجاز عن هذا المنظور والذي سيأتى الحديث عنه بشىء من التفصيل فيما بعد عند حديثنا عن العلاج النفسي التحليلى.

وقد قسم فرويد الأجهزة النفسية إلى ثلاث اجهزة هى: الأنا، والهو، والأنا الأعلى. ويرى فرويد أن الهو يمثل الطاقة النفسية، وهو يعمل تبعا لمبدأ اللذة pleasure principle. وعند إرضاء الهو ينخفض التوتر. فمثلاً، عندما يشعر الطفل بالجوع يتحرك ويقوم بامتصاص الثدى للحصول على الإشباع. ويؤدى هذا الإشباع الفعلى إلى خفض آلام الجوع وتوتراته. وهناك وسيلة أخرى للإشباع البديل وذلك عن طريق الخيال، حيث يتخيل الطفل الثدى مما يعطيه بعض الإرضاء المؤقت. وقد أطلق فرويد على ذلك اسم العملية الأولية primary process، وهي العملية التى تقوم بتوليد الصور المرغوبة. أما الأنا فينبثق عن الهو خلال النصف الثانى من العام الأول للطفل. ويسير الأنا حسب مبدأ الواقع reality principle. ويحاول الأنا الوصول إلى تحقيق مطالبه باستخدام عمليات التخطيط، واتخاذ القرارات، وهو ما أسماه فرويد بالعملية الثانوية.

أما الأنا الأعلى فيختزن المعايير الأخلاقية للمجتمع كما تنتقل إليه عبر الوالدين، وهو يرادف مانسميه بالضمير. وعندما يدفع الهو بنوازعه الغريزية الأنا إلى البحث عن الإشباع، فإن على الأنا أن يتكيف ليس فقط مع متطلبات الواقع بل أيضاً مع الأحكام الأخلاقية للأنا الأعلى. ويطلق على هذا التفاعل ديناميات الشخصية. وقد رأى فرويد أن الكثير من العمليات النفسية تتم دون وعى من الإنسان، أى أنها تتم فى حيز اللاشعور. كما أن غرائز الهو وأيضاً الكثير من أنشطة الأنا الأعلى تتم دون وعى من الإنسان. أما الأنا فهو أساساً شعورى، وإن كان له أيضاً بعض المظاهر اللاشعورية التى يطلق عليها ميكانيزمات الدفاع، والتى تحمى الإنسان من القلق.

كما وصف فرويد مراحل النمو الرئيسية. فالشخصية تتطور من خلال أربعة مراحل أساسية:

١-المرحلة الفمية.

٢- المرحلة الشرجية.

٣- **المرحلة القضيبية** (من سن ٣ إلى سن ٥ أو ٦ سنوات).

مرحلة الكمون (وهى لاتعتبر مرحلة من مراحل النمو النفسي- الجنسى، من سن ٦ إلى ١٢ سنة).

٤- **المرحلة التناسلية.**

ويتحدث فرويد عن منشأ القلق النفسي. وقد قدم فرويد نظريتان فى القلق. وفى النظرية الأولى والتى قدمها سنة ١٨٩٥ فسر فرويد القلق على أنه ينشأ كنتيجة لكبت الرغبات والحوافز اللاشعورية. إلا أنه قدم فيما بعد سنة ١٩٢٦ نظرية جديدة فى القلق ترى أن القلق حول الحوافز اللاشعورية هو الذى يؤدى إلى كبت تلك الحوافز. وحسب النظرية الأولى ينشأ القلق عن وجود رغبات وحوافز مكبوتة، أما حسب النظرية الثانية فالفرد يعانى من القلق لأنه يخاف من حوافزه ورغباته.

فالقلق العصابى هو عبارة عن خوف من النتائج الخطيرة التى يتوقعها الفرد إن هو سمح لحوافز الهو بالتعبير عن نفسها. ويؤدى عدم وعى الفرد بهذه الصراعات إلى القلق العصابى. كذلك يتحدث فرويد عن القلق الموضوعى والذى هو عبارة عن استجابة الفرد للخطر الخارجى، كما يتحدث عن القلق الأخلاقى، وهو عبارة عن الخوف من عقاب الأنا الأعلى أو الضمير والشعور بالذنب أو بالعار.

النظريات التحليلية الجديدة:

ظهرت عدة منظورات تحليلية تخالف نظرية فرويد من ناحية أو أخرى. ومن أوائل من انشقوا عن فرويد كل من كارل يونج Karl Jung وألفرد آدلر Alfred Adler. كما جاء بعد ذلك محللون نفسيون آخرون مثل إريك إريكسون Eric rickson، وكارن هورنى Karen Horney، وهارى ستاك ساليفان Hary Stack Sullivan، وغيرهم. ويرجع الاختلاف بينهم إلى درجة تأكيد كل منهم على أهمية جانب أو آخر أو قضية أو أخرى. كالتأكيد مثلاً على أهمية الهو أو الأنا، أو التأكيد على أهمية الوظائف البيولوجية فى مقابل الظروف الثقافية والاجتماعية، أو على الحوافز الجنسية فى مقابل تأكيد الذات، أو التأكيد على أهمية خبرات الطفولة فى مقابل الخبرات التى يمر بها الفرد فى مراحل العمر التالية.

ويعتمد العلاج التحليلى على التداعى الحر للوصول إلى مكنونات اللاشعور، وصراعاته الداخلية، كما يستعان بتحليل الأحلام والهفوات وغيرها. ويهتم المحللون المعاصرون اهتماماً كبيراً بتحليل ميكانيزمات الدفاع والتى هى بمثابة الأدوات اللاشعورية للأنا لتجنب القلق.

المنظور السلوكى:

يدين المنظور السلوكى تاريخياً بالكثير للعالم السوفييتى بافلوف رائد التعلم والارتباط الشرطى. فمن خلال تجاربه الرائدة تم الكشف عن الكثير من مبادئ وقوانين السلوك والتى تشرح عمليات التعلم عند الإنسان والحيوان. وقد وجد بافلوف أن تقديم منبه محايد مثل صوت جرس قبل إعطاء الطعام للكلب عدة مرات يؤدى إلى حدوث ارتباط شرطى بين صوت الجرس وإفراز اللعاب. وبالطبع لم تكن هناك رابطة فى الأصل بين صوت الجرس وإفراز اللعاب. وفى هذه الحالة نطلق على صوت الجرس اسم المنبه الشرطى وعلى إفراز اللعاب الاستجابة الشرطية. كما يلاحظ هنا أيضاً أن إفراز اللعاب فعل منعكس طبيعى لا يسيطر عليه الكائن الحى (أو الإنسان) سيطرة مباشرة. وهو فى ذلك يشبه الكثير من الاستجابات الانفعالية عند الإنسان كانفعالات الخوف مثلاً.

وقد أجرى بافلوف وتلاميذه الكثير من التجارب التى كشفت عن الأبعاد المختلفة لظاهرة الارتباط الشرطى. فتكرار تقديم المبه الشرطى بدون التدعيم (الطعام) مرات عديدة يؤدى إلى تناقص إفراز اللعاب ثم توقفه. وهذا ماأطلق عليه بافلوف اسم الإنطفاء الشرطى[٥]. على أن هذا الكف لايدمر الاستجابة الشرطية، بل إننا نجد أنه بعد أن يأخذ الحيوان قسطاً من الراحة تعود الاستجابة الشرطية إلى الظهور عند تقديم المنبه الشرطى، ودون الحاجة إلى أى تدعيم جديد.

كذلك لاحظ بافلوف أيضاً أنه بعد أن يتعلم الكائن إصدار الاستجابة رداً على منبه شرطى معين، فإنه يصدر هذه الاستجابة للمنبهات المشابهة للمنبه الأصلى. وتسمى هذه الظاهرة بالتعميم[٦]. على أنه يمكن من خلال إعطاء التدعيم عقب المنبه الشرطى الصحيح وعدم إعطائه عقب المنبهات الأخرى أن يتعلم إعطاء الاستجابة للمنبه الصحيح فقط. ويسمى ذلك بالتمييز[٧]. ولقد تركت تجارب بافلوف ونظرياته أثراً بالغاً على علم النفس، حيث تعد نظرية بافلوف أشهر نظريات التعلم وأبلغها تأثيراً. وعندما جاء واطسون ليعلن الثورة السلوكية سنة ١٩١٣، اعتمد كثيراً على نظرية بافلوف فى شرح تعلم السلوك وتغيير العادات.

وقد تمسك السلوكيون تمسكاً شديداً بمتطلبات المنهج العلمى، واعتبـروا أن الملاحظة والتجربة هـى أسـاس دراسـة سـلوك الإنسـان، ورفـضوا مـنهج الاستبطان الذى ساد علم النفس من قبل منذ أيام وليم فونت. والتزمت الـسلوكية

---

5 - extinction.

6 - generalization.

7 - discrimination.

بالموضوعية[٨] فى إجراء الملاحظات، وبالإجرائية[٩] فى صياغة المفاهيم. وكما ذكرنا من قبل فقد قام واطسون ومارى كفر جونز بتجارب لتطبيق مبادئ الارتباط الشرطى على المخاوف عند الأطفال. وفيما بعد طبق ولبه مفاهيم الارتباط الشرطى فى العلاج السلوكى للفوبيا، وذلك باستخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم. ومنذ للك الحين ازدهرت حركة العلاج السلوكى ازدهاراً كبيراً.

الارتباط الشرطى الإجرائى :

قام سكينر Skinner بتطوير قانون الأثر الذى قدمه ثورنديك Thorndike من قبل وذلك من خلال التجارب العديدة التى أجراها على الحيوانات والطيور. وتم أجراء التجارب فيما بعد على الإنسان. وتبعاً للارتباط الشرطى الإجرائى[١٠] فإن مكافأة أو تدعيم السلوك عقب حدوثه مباشرة يؤدى إلى زيادة تكرار حدوث هذا السلوك. ومن خلال التجارب العديدة التى أجراها سكينر وتلاميذه أمكن صياغة المبادئ الأساسية للارتباط الشرطى الإجرائى. فقد قارن سكينر بين أنظمة أو جداول التدعيم المختلفة لتحديد أيها أكثر فعالية فى تعلم السلوك ومقاومة للانطفاء. كما تم تطوير أساليب تشكيل السلوك والتى تمكن من تعليم سلوك معقد نسبياً للحيوانات أو للأطفال أو للأشخاص المتخلفين عقلياً. وقد امتد تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى إلى علاج المرضى النفسيين كالفصاميين المزمنين، أو تغيير سلوك الأحداث الجانحين، عن طريق نظم المكافأة الرمزية للسلوك المرغوب.

المنظور المعرفى:

جاء المنظور المعرفى بمثابة ثورة أخرى فى علم النفس بعد الثورة السلوكية. ويركز على النفس المعرفى على دراسة كيفية بناء الخبرات المعرفية وإعطائها معنى وتحويلها إلى معلومات يمكن استخدامها. ويرى أنصار التعلم المعرفى أن عملية التعلم أكثر تعقيداً من مجرد تكوين روابط جديدة بين المنبهات والاستجابات. فالمتعلم يقوم بتفسير الرابطة وإعطائها معنى، كما ينظم المعلومات الجديدة فى نسق المعلومات التى سبق له اكتسابها، وهو مايشار إليه أحياناً باسم المخططات أو المنسوقات schema.

وتبعاً للمنظور المعرفى فإن الاكتئاب النفسي مثلاً ينشأ عن التفكير اليائس أو اللاعقلانى، وعن النظرة السلبية إلى النفس وإلى العالم وإلى المستقبل. ومن ثم فإن

8 - objectivity.

9 - operational definition.

10- operant conditioning.

العلاج النفسي المعرفى ينطوى على مساعدة المريض على تغيير الأفكار والمعتقدات والمنسوقات المعرفية التى تؤدى إلى الاكتئاب.

المنظور الإنساني:

جاء علم النفس الإنسانى بمثابة رد فعل على كل من النظريات التحليلية والسلوكية معاً. فلقد ركز السلوكيون اهتمامهم على الدراسة العلمية المفصلة لسلوك الإنسان مغفلين النظر إليه على أنه فرد يفكر ويشعر. كما أنهم ركزوا جهودهم على الدراسة التجريبية للسلوك والتى تحول الإنسان إلى مجرد أرقام وتجزئ الإنسان إلى عناصره الأساسية. كما اعترض أنصار الاتجاه الإنسانى على الحتمية النفسية التى جاء بها التحليل النفسي، والتى ترى أن الخبرات الأولية للإنسان ودوافعه اللاشعورية تحدد سلوكه بصورة حتمية.

وبدلاً عن ذلك ينظر أنصار الاتجاه الإنسانى نظرة أكثر إيجابية للإنسان، ويرون أن الإنسان حر ومسئول عن أفعاله وعن حياته، وأن بوسع الإنسان فى أى وقت أن يغير اتجاهاته وسلوكه من خلال الوعى والإرادة. كما اهتم أنصار الاتجاه الإنسانى بنمو الإنسان فى مجالات الإشباع والقيمة الذاتية والحب والاستقلال. وهناك خمس مسلمات أساسية عند أنصار الاتجاه الإنساني: أن الإنسان كإنسان يتقدم على مجموع أجزائه، وأن الإنسان موجود فى سياق اجتماعى، وأن الإنسان لديه وعى، وأن الإنسان لديه حرية الاختيار، وأن الإنسان قصدى (يتصرف عن قصد وإرادة).

وقد تأثر أنصار الاتجاه الإنساني بالوجودية وبأفكار جان بول سارتر وكيبركجارد، وغيرهم. إلاً أننا نلاحظ أن علم النفس الأمريكي أميل إلى التفاؤل، ويخلو من تلك النظرة التشاؤمية القلقة التى سادت الفلسفة الوجودية الأوربية، والتى كانت انعكاساً للحروب والصراعات الدموية التى سادت أورباً حقباً طويلة من الزمان، كان آخرها الحربان العالميتان الأولى والثانية. فعلم النفس الأمريكي الإنساني يؤكد على تحقيق الذات، وتطوير الإمكانات.

وقد أكد كارل روجرز (وهو أحد الأعلام البارزين فى الإتجاه الإنساني) أن لدى الإنسان ميل فطرى لتحقيق إمكاناته فى عالم الواقع. فالإنسان يحاول دائماً أن يتعلم أشياء جديدة وأن يحسن من حياته. كذلك فإن الوعى الداخلى أو ما يمكن أن نطلق عليه العالم الفينومينولوجى للفرد له أهميته البالغة. فالإنسان يكون لنفسه إطاراً مرجعياً داخلياً بناءً على جملة خبراته السابقة. ويحدد هذا الإطار فيما بعد كيفية إدراك الفرد للعالم من حوله. ولكن يتعين على الإنسان أيضاً أن يرى العالم من منظور الآخرين المحيطين به. كذلك يرى أنصار الاتجاه الإنساني أن سلوك الإنسان لا تحدده المنبهات

الخارجية بل تحدده خبرة الإنسان الخاصة أو إدراكه لتلك المنبهات. كما أن سلوك الإنسان وكل تصرفاته بل وكل وجوده يتأثر بكيفية إدراكه للعالم فى أى لحظة من اللحظات.

خدمات الصحة النفسية :

شهدت خدمات الصحة النفسية تطوراً هائلاً خلال النصف الثانى من القرن العشرين. وقد شمل هذا التطور جوانب كثيرة تمتد من كيفية العناية بالمرضى، ونوع العلاجات المتوفرة، ومدى كفاءة تلك العلاجات، وكذلك المواقع التى تقدم فيها الخدمات، وتنظيمها وإدارتها. فحتى منتصف القرن العشرين كانت خدمات الصحة النفسية تقدم أساساً فى المستشفيات الحكومية، بجانب قليل من المستشفيات الخاصة وعيادات الأطباء النفسيين. وكانت تلك المستشفيات الحكومية تؤوى أعداداً هائلة من المرضى العقليين تقدر بالآلاف. وعلى سبيل المثال كان هناك فى مستشفى العباسية فى القاهرة نحو ثلاثة آلاف من المرضى العقليين من الرجال والنساء. وكانت مستشفى الخانكة تستوعب عدداً مماثلاً من المرضى الرجال. وكان أكثر هؤلاء من المرضي المزمنين الذين تركهم أهلوهم يأساً من شفائهم. وكان كثير منهم فى حالة يرثى لها. فكانوا يقضون جل وقتهم مشغولين بهلاوسهم أو أفكارهم الاضطهادية. وبعضهم يروحون ويجيئون بلا هدف فى طرقات المستشفى أو حدائقها. ولايخلو الأمر من بعض المرضى شبه عراياً لايدرون مايفعلون. ولا شك أن إدارة مستشفى بهذا الحجم تمثل كابوساً فظيعاً ومسئولية هائلة. وكان الكثير من المرضى يظلون بالمستشفيات حتى يدركهم الموت. وانتهى الكثير منهم أيضاً إلى حياة هامشية لايدرون شيئاً عن العالم من حولهم، كما أنهم لا يعملون شيئاً يذكر طوال يومهم. فلم تكن المستشفيات تقدم الكثير بجانب خدمات النوم والطعام. وكان العلاج السائد حينئذ هو استخدام الصدمات الكهربية لكل المرضى. وفى بعض الحالات كانت تستخدم صدمة الانسولين وذلك بإعطاء المرضى جرعة من الانسولين تؤدى إلى الغيبوبة. وقد توقف استخدام صدمة الانسولين بعد أن تبينت أضرارها الشديدة على الإنسان.

وجاءت ثورة العلاج بالعقاقير فى الخمسينات لتغير تماماً من خدمات الصحة النفسية فى خلال سنوات قلائل. فقد مكنت تلك الأدوية من تهدئة المرضى المتهيجين، ومن تخفيف حدة الهلاوس والهذاءات. بل أمكن أيضاً علاج المرضى خارج المستشفيات بإعطائهم تلك الأدوية ليتناولوها في منازلهم. وأعقب ذلك نشر الكثير من المقالات الصحفية وبرامج التلفزيون والكتب التى تكشف عن مآسى العلاج بمستشفيات الأمراض العقلية فى ذلك الحين. وبدأ إخراج المرضى من المستشفيات بأعداد كبيرة.

ولم تكن الحياة خارج المستشفيات فى بداية الأمر أحسن حالاً من الحياة بالمستشفى. ففى ذلك الحين لم تكن هناك مؤسسات كافية وقادرة على استيعاب تلك الأعداد الكبيرة من المرضى وتقديم العلاج والخدمات اللازمة لهم.

وقد تنبهت المجتمعات المختلفة إلى تلك الاحتياجات بدرجات متفاوتة. وصدرت القوانين التى تنظم تلك الخدمات وتضمن توفر العلاجات الملائمة للمرضى. ففى الولايات المتحدة مثلاً، أصدر الرئيس جون كنيدى فى سنة ١٩٦٣ قانون مراكز الصحة النفسية المحلية(١١). وقد قرر هذا القانون أن على مراكز الصحة النفسية المحلية أن تغطى خدماتها مناطق محددة. كما أن عليها أن تقدم عدداً من الخدمات الأساسية، مثل العلاج بالعيادات الخارجية، وبالمستشفيات (لفترات محدودة)، بجانب خدمات الطوارئ، والوقاية، وغير ذلك. وقد استهدف القانون ضمان الاستمرارية فى تقديم الرعاية الصحية لمنع الانتكاسات، وتقليل الحاجة للعودة للمستشفيات. وقد اعتبر أن المسئولية الأولى لتلك المراكز هى تقديم الرعاية للمرضى بأمراض عقلية شديدة أو مزمنة.

وفى سنة ١٩٧٧ أمر الرئيس جيمى كارتر بتشكيل لجنة لمراجعة خدمات الصحة النفسية وتقييمها. وقد أكدت تلك اللجنة بدورها على أهمية خدمات الصحة النفسية المحلية، كما أوصت بإعطاء أولوية خاصة لتغطية احتياجات المرضى المزمنين، وبتوجيه الرعاية للجماعات الخاصة، مثل الأطفال، والمراهقين، وكبار السن. كما أوصت أيضاً بتنسيق خدمات الصحة النفسية مع خدمات الصحة العامة. كما أكدت اللجنة على أهمية أنظمة المساندة الاجتماعية للمرضى، كالأسرة، والأصدقاء، والمؤسسات الاجتماعية الأخرى.

ونتيجة لذلك فقد تطورت خدمات الصحة النفسية المحلية تطوراً كبيراً وأصبحت تغطى مختلف المناطق فى الولايات المتحدة. وفى وقتنا الحاضر يعمل الأخصائيون النفسيون فى تلك المراكز مع بقية أفراد الفريق العلاجى. ونجد عادة أن مديرى تلك المراكز هم من الأخصائيين النفسيين أوالأخصائيين الاجتماعيين السيكياتريين.

المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين :

ينطوى عمل الأخصائي النفسي على خدمة الأفراد من خلال القيام بالكثير من المهام أو الأعمال التشخيصية والعلاجية. وهو فى عمله يحتك بهؤلاء الأفراد ويعرف عنهم الكثير من المعلومات، كما أنه من خلال عمله العلاجى، وربما بفضل عمليات

11- community mental health centers.

الطرح[١٢] والطرح المضاد، يمكن أن يقع فى بعض المحاذير التى قد تؤذى المريض أذىً بالغاً، أو تؤذى الأخصائي نفسه، أو قد تسئ إلى مهنة الأخصائي النفسي برمتها. والأخصائي النفسي مثله مثل الطبيب يحتاج إلى الالتزام ببعض المبادئ الأخلاقية. وقد قامت جمعية علم النفس الأمريكية منذ سنوات عديدة ببلورة وصياغة المبادئ الأخلاقية التى يتحتم على الأخصائي النفسي اتباعها. كما قامت بتنقيحها وتطويرها أكثر من مرة، كان آخرها عام ١٩٩٢ (APA, 1992). وسوف نعرض بإيجاز هنا لأهم المبادئ المتعلقة بعمل الأخصائي النفسي.

أولاً: الكفاءة أو التمكن competence:

على الأخصائيين النفسيين الاجتهاد للمحافظة على مستوى مرتفع من الكفاءة والتمكن فى عملهم. والأخصائيون النفسيون يدركون حدود إمكاناتهم وأساليبهم، كما أنهم يقدمون فقط تلك الخدمات والأساليب التى تم تأهيلهم لاستخدامها من خلال التعليم والتدريب أو الخبرة. كما أنهم يواصلون العمل على تطوير مهاراتهم ومعرفتهم من خلال التعليم والتدريب المستمر.

ثانياً: الالتزام الخلقى integrity:

يلتزم الأخصائيون النفسيون فى ممارسة عملهم بالأمانة والعدل واحترام الآخرين. كما أنهم فى وصفهم لمؤهلاتهم أو خبراتهم أو إمكاناتهم لا يستخدمون عبارات كاذبة أو خادعة أو مضللة. كذلك فإنهم فى قيامهم بأعمالهم يتجنبون أية علاقات متعددة أو مزدوجة مع عملائهم وهو ما يمكن أن يكون ضاراً بعملائهم.

ثالثاً: ضمان سرية المعلومات confidentiality:

يتحمل العاملون بمؤسسات الصحة النفسية المسئولية الكاملة عن المحافظة على سرية المعلومات عن كل الأفراد الذين يقدمون لهم الخدمات. والاستثناء الوحيد لذلك هو حالات الطوارئ التى تتعرض فيها حياة المريض أو الآخرين للخطر، ولاتوجد وسيلة أخرى للتصرف سوى إبلاغ المختصين كفرق العلاج أو المستشفيات أو الشرطة. وحتى فى تلك الحالات لايعطى الأخصائي إلا القدر اللازم لمعالجة الموقف. وتشمل المحافظة على سرية المعلومات المحافظة على سرية أسماء المرضى أو هوياتهم أو إعطاء أية معلومات يمكن أن تفضى إلى معرفة هوية المريض.

12- transference.

والوسيلة الوحيدة لإعطاء المعلومات هى بالحصول على تصريح كتابى يوقع عليه المريض ويحدد تفصيلاً اسم الشخص المريض، والجهة التى سيتم إعطاؤها المعلومات، ونوع المعلومات بالتحديد، والهدف من إعطاء المعلومات، وتاريخ انتهاء صلاحية هذا التصريح الكتابى. ويحتاج الأخصائي إلى الحصول على هذا التصريح الكتابى لتبادل المعلومات، أو إرسال المعلومات للجهات الأخرى كالمستشفيات، والمدارس والمحاكم، أو للحصول على المعلومات من تلك الجهات.

كذلك فإنه يتم المحافظة على السرية الكاملة للمعلومات المتجمعة عن المريض مثل نتائج الاختبارات النفسية أو المعلومات الشخصية أو ملف العلاج، وذلك بوضع تلك المعلومات فى خزانات يتم إغلاقها والمحافظة عليها.

احترام القيم الأخلاقية والاجتماعية للمريض :

يلتزم الأخصائي النفسي باحترام القيم والمعتقدات الأخلاقية، والدينية، والروحية، والاجتماعية للمريض. كما يتجنب الأخصائي ممارسة التمييز على أى أساس أو لأي اعتبار سواء كان ذلك على أساس الجنس أو الديانة أو المواطنة أو العجز البدنى أو العقلى أو الظروف المالية أو أى اعتبار آخر.

إشراك المرضى فى اتخاذ القرارات واحترام حقوقهم:

على الأخصائي النفسي إبلاغ المرضى بحقوقهم والتزاماتهم عند دخولهم المستشفى أو العيادة النفسية للعلاج. كما أن على الأخصائي النفسي إشراك المريض فعلياً فى عمليات الفحص ورسم الخطة العلاجية. ولا شك أن هذه المشاركة تساعد على المشاركة الفعالة للمريض فى تنفيذ الخطة العلاجية وتساعد على الوصول إلى تحقيق أهداف العلاج.

تجنب العلاقات التى يمكن أن تسبب الأضرار:

على الأخصائي النفسي أن يتجنب الدخول فى أية علاقات شخصية أو مالية أو جنسية أو أى نوع آخر من العلاقات مع المرضى. كما أن على الأخصائي النفسي أن يتجنب ما أمكن تقديم الخدمات للأشخاص الذين تربطهم به علاقات وثيقة لما يحتمل أن يؤدى إليه ذلك من الضرر. وفى هذه الحالة يحتاج الأخصائي النفسي إلى تحويل هؤلاء الأشخاص إلى معالجين آخرين. وتؤدى العلاقات المعقدة إلى إحداث المشكلات للمريض حتى وإن بدأ غير ذلك للأخصائي. فالمريض يظل ولمدة سنوات بعد إتمام

العلاج يحمل فى ذهنه صورة للمعالج وتذكراً للجلسات العلاجية وما تـم فيهـا مـن تواصل. وهذه الصور والذكريات ذات أهمية كبيرة فى استمرار تحسن المريض بـل وتقدم حالته أكثر فأكثر فيما بعد. أما إذا تعقدت العلاقة أو تدنست فقـد تـؤدى إلـى التدهور، بل وإلى فقدان المريض للثقة فى أى معالج آخر، مما يعطل أو يحول بينـه وبين الاستفادة من العلاج فيما بعد إذا احتاج إليه.

٢

الفصل الثاني
المقابلة الإكلينيكية

الفصل الثانى
المقابلة الإكلينيكية
Interview

تعتبر المقابلة[1] أحد العناصر الأساسية في العملية الاكلينيكية، بل ربما كانت بمثابة العمود الفقرى لها. فالمقابلة هى الوسيلة الرئيسية لجمع المعلومات عن المريض، وهى الوسيلة الرئيسية لممارسة العلاج النفسى.. ولايمكن أن نتخيل العملية العلاجية بدون المقابلة. ويعلق سول جارفيلد على أهمية المقابلة بقوله إنه "نظراً للتطبيقات الواسعة التشخيصية والعلاجية للمقابلة فإن من الممكن اعتبارها أسلوباً أساسياً فى العمل السيكلوجى مع الأشخاص الذين يعانون من الإضطراب النفسى" (S. L. Garfield, 1983, P. 86). بل يعتمد نجاح الفحص والعلاج إلى حد كبير على مهارة القائم بالمقابلة وخبراته ومعرفته بالسلوك الإنسانى، كما يعتمد على قدرته على حسن الاتصال والقيام بالتصرف المناسب فى الوقت المناسب. ويعرف جولدنبيرج المقابلة الخاصة بالفحص الإكلينيكى على أنها "مقابلة وجهاً لوجه يقوم خلالها الأخصائى بتوجيه التفاعل من أجل الحصول على المعلومات اللازمة لتكوين الفروض حول العوامل المؤثرة على مشكلات المفحوص، كخطوة فى عملية تخطيط استراتيجيات التغير المحتمل" (H. Goldenberg, 1983, P. 105). بينما يعرف باركر المقابلة على أنها "لقاء بين شخصين لتبادل المعلومات.. ويمكن أن تشمل المقابلة أكثر من شخصين، أما المعلومات.. فتشمل الرسائل غير اللفظية واللفظية. ففى كثير من الأمثلة قد تخبرنا المادة غير اللفظية بأكثر مما تخبرنا به المادة اللفظية" (Philip Barker, 1990).

والمقابلة هي عملية اتصال بين شخصين أو أكثر. وهذه العملية ليست بالبساطة التى قد تبدو بها لأول وهلة.. فهى عملية اتصال عبر قنوات متعددة: سمعية وبصرية، كما يتم أثناءها ومن خلال العمل الذهنى والذاكرة تنشيط قنوات الإدراك الحسى الأخرى. ويختلف الاتصال الذى يتم خلال المقابلة عما يتم فى فصول الدراسة أو فى وسائل الإعلام كالراديو أو التليفزيون. فالمقابلة عبارة عن طريق مزدوج مزدحم بالاتصالات الكثيفة التى تحتاج إلى قدر كبير من اليقظة والفهم وحسن التصرف.

---

1 - Interview.

والمقابلة الجيدة حسب سندبرج "تتصف بتوفر قدر أكبر من الجدية، والتقدم، ووجود هدف جاد أكثر مما نجده فى المحادثة العادية. والمقابل مسئول عن توجيه المقابلة نحو هدف ما، ويشاركه المفحوص عادة فى هذا الهدف ويقوم بتسهيل تحقيق الهدف أو الوصول إليه" (N. D. Sundberg, 1977, P. 61).

وظائف المقابلة :

تخدم المقابلة الإكلينيكية وظائف عدة نوجزها فيما يلى:

١- الوظيفة التشخيصية
٢- الوظيفة العلاجية
٣- البحث العلمى
٤- إعطاء المعلومات أو البيانات
٥- التعليم أو التدريب
٦- الإرشاد والتوجيه المهنى والتربوى
٧- تقديم الاستشارات النفسيه

ولا شك أن وظيفة المقابلة تحدد إلى حد كبير محتواها، كما تحدد الأدوار التى يقوم بها المشاركون فى المقابلة والأهداف المنشودة من المقابلة، ومسارها من بدايتها إلى نهايتها... وللحق فإن هذه الوظائف لا تتواجد بصورة منفصلة إحداها عن الأخرى. بل إننا قد نجد ضمن الجلسة الواحدة مزيجاً من الإستخدام لأكثر من وظيفة واحدة من هذه الوظائف معاً. ويتضح ذلك على وجه الخصوص بالنسبة للوظيفة التشخيصية والوظيفة العلاجية، فهما يتواجدان معاً طوال العملية الإكلينيكية.

ويتم خلال المقابلة تجميع الكثير من المعلومات عن المريض سواءً منه شخصياً أو من المصادر الأخرى كالأسرة أو المدرسين أو غير ذلك من المصادر. وقد يتم مقابلة هؤلاء فى حضور المريض أو فى غيابه. وبالطبع يلتزم المقابل بألا يبوح بأى شيء يفضى له به المريض أو يعرفه المقابل عن المريض إلى الآخرين بدون تصرح كتابى موقع من المريض. ويحدد هذا الترخيص أو التصريح تفاصيل المعلومات المصرح بها وإلى من، كما يحدد فترة محددة من الصلاحية لهذا الترخيص.

أشكال المقابلة :

تأخذ المقابلة عدة أشكال تتفاوت فيما بينها فى درجة الضبط والتقنين، وفى مقدار الحرية المتاحة للأخصائى النفسى في اختيار الموضوعات أو الأسئلة التي يسألها.

ويمكن تصنيف الصور التى تأخذها المقابلة الشخصية فى ثلاث فئات تبعاً لدرجة التقنين فى إجراءات المقابلة.

١ – المقابلة المقننة:

وهنا يقوم الأخصائى النفسى باستخدام مجموعة محددة من الأسئلة التى يوجهها عادة كما هى دون تغيير أو تحريف فى كلماتها أو حروفها. ويشيع استخدام هذا النوع من المقابلة فى البحوث النفسية، وفى بعض الاختبارات النفسية الفردية. كما استخدم هذا الأسلوب أيضاً فى عدد من نماذج أو بروتوكولات المقابلة التشخيصية (السيكياترية). ومن أشهر تلك النماذج التشخيصية: المقابلة الإكلينيكية المفصلة للدليل التشخيصى والإحصائى (المراجعة الثالثة) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R. وفى هذا النموذج من المقابلة يلتزم المقابل بمجموعة محددة من الأسئلة خلال معظم المقابلة. وتتميز المقابلة المقننة بتوفير درجة أكبر من التوحيد للأسئلة من حيث المضمون والصياغة بما يقلل من عنصر الذاتية، ويضمن بذلك درجة أكبر من الموضوعية. كذلك فإن المقابلة المقننة تضمن أيضاً اشتمال المقابلة على كل العناصر أو الموضوعات التى يلزم تغطيتها عند جمع المعلومات. وبذلك نتجنب إغفال المقابل لبعض العناصر الأساسية نتيجة للسهو أو نتيجة للتحيزات الذاتية. غير أن المقابلة المقننة تفتقر إلى التلقائية، وإلى الانسياب الطبيعى الذى تتيحه أساليب المقابلة الأخرى. وقد يؤثر ذلك بدوره على تعاون المريض واندماجه فى المقابلة.

٢ – المقابلة المنظمة:

وفى هذا النوع من المقابلة لايلتزم المقابل بأسئلة محددة معدة سلفاً، بل يحاول جمع المعلومات حول مجالات معينة فى حياة المريض، ومن أمثلة ذلك جمع المعلومات حول الحياة الأسرية أو الدراسية أو المهنية أو تعاطى الخمور أو المخدرات أو العلاقات الشخصية، بحيث يتم تكوين صورة متكاملة عن كل ناحية من هذه النواحى. وبذلك نجد أن هناك مجالات أو عناصر محددة يلزم جمع المعلومات عنها، إلاّ أنه يترك للمقابل حرية اختيار أو صياغة الأسئلة بالصورة التى يراها مناسبة لمقتضى الحال خلال المقابلة. وقد يعيد ترتيب المجالات حسب مايراه ملائماً للموقف. ويساعد ذلك على تحقيق التلقائية، والإنسياب الطبيعى للمقابلة. كما يتمكن المقابل من تغطية المجالات المختلفة لحياة المريض، حيث يلتزم بتغطية كل بند من البنود التى تم تحديدها مسبقاً، وبالطبع فإن الحرية المتاحة للمقابل تتطلب قدراً أكبر من المهارة والتمكن والخبرة إذا أريد للمقابلة النجاح فى تحقيق أهدافها المنشودة. وبدون الخبرة

والمعرفة قد تتحول المقابلة إلى مجموعة من الأسئلة والأجوبة السطحية والتى لا تصب فى أهداف محددة.

٣- المقابلة الحرة:

وكما يشير الإسم فإن المقابلة الحرة لا تلتزم بمجموعة محددة من الأسئلة كالمقابلة المقننة ولابمجموعة محددة من الموضوعات أو المجالات كالمقابلة المنظمة. بل ينساب تيار المقابلة حيث شاء الأشخاص المساهمون فيها سواء فى ذلك المقابل أو المريض. ويتم الاستطراد أو الانتقال من موضوع إلى موضوع دون خطة محددة. وهذه الحرية تقلل من التكلف فى المقابلة وتجعلها تأخذ مساراً طبيعياً كالأحاديث اليومية. وربما ساعد ذلك على نمو العلاقة المهنية بين القائم بالمقابلة وبين المريض بصورة أسرع. إلا أنه يؤخذ على المقابلة الحرة أنها أدعى لإغفال بعض الجوانب الهامة، وإلى مسايرة التحيزات الشخصية للمشاركين فى المقابلة، بل (وهذا هو الأخطر) ربما أدت إلى أخطاء فى نتائج الفحص والتشخيص.

ولا شك أن الأخصائى النفسى الإكلينيكى يتخير من النماذج الثلاث السابقة مايناسب هدف المقابلة وطبيعتها. فإذا كان بصدد تطبيق أحد اختبارات الذكاء الفردية أو إجراء المقابلة السيكياترية المقننة فإنه يستخدم دون شك أسلوب المقابلة المقننة. أما إذا كان بصدد إتمام الفحص النفسى الإجتماعى[٢] فيغلب أن يستخدم أسلوب المقابلة المنظمة لكى يضمن تغطية موضوعات أو مجالات معينة من حياة الفرد. وفى أحيان أخرى يجد المقابل أن من المناسب استخدام أسلوب المقابلة الحرة لما تتيحه من إمكانيات لبناء الثقة والعلاقة الإكلينيكية مع المريض. وفى الواقع فإن الأخصائى النفسى كثيراً مايستخدم أكثر من أسلوب واحد خلال جلسة المقابلة الواحدة. فمثلا قد يستخدم أسلوب المقابلة الحرة فى بداية المقابلة عملا على بناء جسور الثقة ثم يتحول إلى استخدام أسلوب المقابلة المنظمة بهدف استكمال المعلومات حول نقاط معينة، وقد يقوم خلال الجلسة نفسها بتطبيق أحد الإختبارات النفسية مستخدماً أسلوب المقابلة المقننة.

مراحل المقابلة :

تمر المقابلة من بدايتها إلى نهايتها بعدة مراحل. فمنذ أن يتقابل كل من الأخصائى النفسى والمريض لأول مرة تتطور العلاقة الإكلينيكية بينهما فى مختلف جوانبها. فهى فى البداية علاقة بين شخصين لايعرف أحدهما الأخر إلى حد كبير،

2 - psychosocial.

مالم يكن لدى أحدهما بعض المعرفة السابقة بالطرف الأخر من خلال قنوات أخرى. وقد تتسم المقابلة فى بدايتها بالتشكك أو التحفظ، ولكن سرعان ما يذوب الجليد، وتنساب المقابلة فى جو من الثقة والتعاطف، كما تموج بالانفعالات التى تتلاطم كالبحر الهائج ... على أننا نوضح هنا أن المقابلة لا تأخذ دائماً نفس المسار.. وقد يعتمد ذلك على طبيعة الاضطراب النفسى الذى يعانى منه المريض، وعلى الأسلوب الذى يتبعه المقابل، وعلى غير ذلك من الظروف المصاحبة مثل المشكلات القانونية أو غيرها من العوامل المؤثرة على سلوك المريض. ويذكر وين وماتراتزو هناك خمس محكات أساسية "جوهرية للمقابلة الجيدة للمريض: إراحة المريض، والحصول على المعلومات، والاحتفاظ بالسيطرة على الموقف، والمحافظة على العلاقة الاكلينيكية، والوصول إلى ختام للمقابلة" (A.WIEN & J. Matarazzo, 1983, P. 315).

ونستطيع أن نتبين هنا عدداً من المراحل التى تمر بها المقابلة والتى يساعد توضيحها على زيادة كفاءة المقابلة فى أداء وظيفتها. ويمكن أن نجمل هذه المراحل فيما يلى:

١- الإعداد للمقابلة.
٢- بداية المقابلة.
٣- التعارف وكسب الثقة.
٤- جمع المعلومات.
٥- التدخل العلاجى.
٦- ختام المقابلة.
٧- تسجيل نتائج المقابلة.

وسوف نتناول هنا بشىء من التفصيل كل مرحلة من هذه المراحل لنتبين ملامحها أو خصائصها الأساسية وما ينبغى على المقابل أن يعمله لإنجاح المقابلة فى كل مرحلة من هذه المراحل.

أولا: الإعداد للمقابلة:

يجب الاهتمام بالاعداد الجيد للمقابلة قبل بدايتها. ويشمل ذلك إعداد المكان الذى تتم فيه المقابلة، بحيث تتوفر فيه الخصائص أو العناصر الملائمة واللازمة لإنجاح المقابلة. ولعل من أهم ماينبغى الإلتفات إليه توفير الخصوصية أو السرية التى تضمن عدم تسرب مايتم فى داخل غرفة المقابلة إلى خارجها. ويجب التأكد من أن الحديث داخل الغرفة ليس مسموعاً خارجها. ذلك لأنه إذا لم يتم اتخاذ الإحتياطات اللازمة فقد يستمع البعض لأشياء خاصة لايجوز لهم الإطلاع عليها. ويجب الإحتياط حتى ولو

كان الآخرون من أقارب المريض.. ويمكن أن يؤدى تسرب المعلومات أو الأسرار إلى فقدان المريض الثقة فى المعالج.. ويستخدم بعض الأخصائيين أحيانا جهازاً خاصاً يولد صوتاً أبيض (وهو عبارة عن مزيج من الأصوات يشبه صوت أمواج البحر). ويوضع الجهاز عادة خارج الغرفة التى تجرى فيها المقابلة، ويساعد ذلك على جعل الأصوات الآتية من داخل الغرفة مبهمة وغير واضحة. ومما يدخل فى باب الإعداد للمقابلة أن تكون الغرفة نظيفة ومريحة. وفى حالة مقابلة الأطفال قد نزودها ببعض لعب الأطفال أو الألوان التى يمكن استخدامها في الرسم لشد اهتمام الأطفال وكسب تعاونهم، إلى جانب استخدامها فى الأغراض التشخيصية أوالعلاجية. كذلك يجب أن يقوم المقابل بإعداد الأوراق والنماذج أو الكتيبات التى قد يحتاج إليها أثناء المقابلة لتسجيل المعلومات أو لتزويد المريض بما يحتاج إليه من المعلومات أو البيانات. كذلك فقد يطلب الأخصائى من المريض أو من الأسرة القيام بالإجابة على بعض الاستمارات أو الاستخبارات قبل بدء المقابلة، مثل بيانات الصحة الجسمية أو بعض المقاييس النفسية.

ثانياً: بداية المقابلة:

تعتبر بداية المقابلة ذات أهمية فائقة لأن ما يحدث فى الدقائق الأولى للمقابلة يترك أثره غالباً على المقابلة كلها وعلى علاقة المريض بالأخصائى النفسى، وقد يمتد هذا الأثر إلى مابعد المقابلة سلباً أو إيجاباً. وتبدأ المقابلة عادة بالتعارف حيث يقدم الأخصائى نفسه للمريض مرحباً، ومحاولا أن يضفى جواً من الارتياح والقبول على مناخ المقابلة. وقد يتباين أسلوب المقابلة تبعاً لحالة المريض وعمره ومستواه الثقافى وكذلك حسب طبيعة المشكلة التى يعانى منها المريض. فمثلا تختلف البداية لو كان طفلا صغيراً عما لو كان شاباً فى سن المراهقة أو راشداً فى منتصف العمر أو كهلا فى سن الشيخوخة. كما قد تختلف البداية لو كان مريضاً بالفصام عما لو كان مريضاً بالقلق أو الإكتئاب النفسى. كذلك قد تختلف البداية لو كان الشخص محولا عن طريق المحاكم عما لو كان قد أتى بنفسه متطوعاً وطالباً المساعدة.

ففى حالة الأطفال يتحتم علينا أن نتيح جواً من الألفة والمرح أو اللعب، وأن نخفف من الجدية الصارمة أو الجامدة والتى قد تصد الطفل من البداية عن التعاون والشعور بالارتياح ... ولاشك أن عمر الطفل ومستوى ذكائه وحالته النفسيه تعطينا دلائل تهدى سلوكنا نحو الطفل بما يساعد على إقامة علاقة طيبة مبنية على الثقة والقبول والتعاون.

أما إذا كان الشخص فى عمر المراهقة، فقد يحسن أن نتيح له قدراً أكبر من

التعبير عن نفسه، وأن نتجنب أن نوحى له بأننا نتعامل معه كطفل صغير أو كمريض أو على أن لديه مشكلة عويصة أو مرضاً نفسياً يحتاج إلى العلاج. وإذا كانت المقابلة فى حضور الأسرة، فقد نبدأ بالتساؤل عن سبب مجيئهم إلى العيادة، ونتيح لهم الحديث بشكل منظم محاولين فى هذه المرحلة تجنب استخدام المصطلحات السيكلوجية أو إطلاق التشخيصات على السلوك، كما يجب علينا أن نتجنب إلقاء اللوم أو الإشارة بأصابع الاتهام إلى فرد أو آخر.

أما إذا كنا بصدد مقابلة شخص مريض بفصام العظمة والإضطهاد، فقد يحسن أن نشجع المريض على الكلام والتعبير، مدركين أننا أمام شخص شديد الحساسية، نحاول أن نعبر له بتصرفاتنا وحديثنا أيضاً عن القبول والتفهم والاحترام المهنى، حتى يتاح لنا أن نبنى جسور الثقة مع شخص لا يمنح ثقته للآخرين بسهولة.

وبوجه عام نركز فى بداية المقابلة على تهيئة المناخ المناسب الذى يساعد على تعاون المفحوص أو المريض بما يساعد على إقامة العلاقة على أساس من الثقة وتهيئة السبيل لجمع المعلومات أو تقديم العلاج.

ثالثاً: التعارف وكسب الثقة:

هذه المرحلة هى استمرار وامتداد طبيعى للمرحلة السابقة. ويعتمد نجاحها إلى حد كبير على أسلوب المقابل واستراتيجيته ومدى تفهمه للشخص. ويمثل حسن الاستماع أحد المتطلبات الأساسية إلى جانب قيام المقابل بتوجيه دفة المقابلة بالمهارة اللازمة. ويجب أن نلاحظ أن الشخص يأتى للمقابلة ولديه مشكلات أو أسئلة تتفاوت فى درجة وضوحها وتحديدها. ومهمة المقابل أن يساعد على تنمية جو من التعاون والعمل المشترك بينه وبين المريض. ويمكن الإشارة فى هذا الصدد إلى عدد من المبادئ التى تساعد على كسب ثقة العميل وتعاونه:

١ – حسن الإستماع:

على القائم بالمقابلة أن يصغى جيداً لكل مايقوله العميل، وأن ينعكس ذلك بصورة طبيعية على تصرفاته وعلى نظراته وطريقة جلوسه، بحيث ينم ذلك عن الاهتمام والجدية واليقظة. أما إذا بدا على المقابل عدم الاهتمام أو عدم الإصغاء فسرعان ما ينعكس ذلك على الشخص نفسه الذى سرعان ما يبدأ بدوره فى فقدان الإهتمام والثقة فى جدية أو كفاءة القائم بالمقابلة.

٢ – التعبير عن التفهم والتعاطف:

يجب أن ينم حديث المقابل وحركاته وسكناته عن التفهم والتعاطف والاحترام

لنفسه وللعميل. ويجب عليه أن يبتعد عن السخرية أو الاستهزاء أو التندر على تصرفات العميل. كما يجب أن تنم تصرفاته عن التعاطف المتزن فلا يضحك لمأساة أو لموقف مؤسف، بل يعكس تفهماً وتقديراً لطبيعة الموقف ولمعاناة المريض. على أن هذا التعاطف لايعنى أن يبكى ويذرف الدمع، بل يعنى التفهم الجاد للمواقف التى يتناولها الأشخاص بالحديث أثناء المقابلة والاستجابة المناسبة لها.

٣- التوجيه الماهر للمقابلة:

ونعنى هنا المهارة فى توجيه المقابلة حتى لاتتحول إلى حديث عارض لايمت بصلة مباشرة لما يهم المريض أو لما يعانى منه. وإن كان من الممكن أحياناً استخدام الحديث فى الموضوعات الأخرى بصورة موجزة بهدف التخفيف المؤقت لوطأة المعاناة التى قد يشعر بها المريض عند الحديث عن مواقف مؤلمة أو صدمية. بحيث يتمالك المريض مشاعره قبل أن يعود مرة أخرى للتعامل مع تلك المشكلات. وإن كنا نلاحظ أنه قلما يلجأ المعالج إلي مثل هذا الإلتفاف حول الموضوع. وهناك بعض الحالات التى تمثل تحدياً لمهارة المقابل فى توجيه دفة المقابلة. فمثلا قد يجنح مريض الهوس والاكتئاب أو المريض بذهان الهوس والاضطهاد إلى الإستطراد المطول فى الحديث عن موضوعات بعينها، وهنا يحتاج المقابل إلى استخدام المهارة والحنكة فى توجيه الحديث إلى المجالات المطلوب تغطيتها أثناء المقابلة.

رابعاً : جمع المعلومات :

يعتبر جمع المعلومات أحد الأهداف الأساسية للمقابلة. وسوف نتناول فى الفصول التالية من الكتاب طبيعة المعلومات التى يتم جمعها خلال المقابلة بالتفصيل. إلا أننا نركز هنا على الأساليب العامة المتبعة فى جمع المعلومات، كما نشير إلى بعض العوامل التى تؤثر على تلك الأساليب. وننبه هنا إلى أهمية المرونة وحسن التصرف عند جمع المعلومات، وإلى ملاحظة حالة المريض، وأعراضه المرضية. ولابد من إعطاء قدر كبير من الاهتمام للوضوح والدقة فى صياغة الأسئلة.

ويمكن تصنيف الأسئلة المستخدمة فى المقابلة فى فئتين رئيسيتين: الأسئلة المغلقة والأسئلة المفتوحة. والأسئلة المغلقة هى تلك الأسئلة التى يجيب عليها الشخص غالباً بنعم أو لا. أما الأسئلة المفتوحة فهى تلك الأسئلة التى تتيح للفرد الاستطراد فى الحديث وإعطاء قدر أكبر من التفاصيل.

ورغم أن الأسئلة المفتوحة تتيح لنا الحصول على قدر أكبر من المعلومات، وبأنها تضفى جواً طبيعياً على المقابلة، إلا أنها قد لاتلائم بعض الفئات الإكلينيكية بالذات. ومن أمثلة ذلك ما يذكره كل من تيرنر وهيرسن فى هذا الصدد

(Turner & Hersen, 1985, P. 18-19) أن بعـض المرضـى (مـثلاً مرضـى الوساوس الشديدة، والفصاميين، ومرضى الهوس ممن لـم تـستقر حـالتهم بعـد باستخدام الأدوية) يحتاجون إلى توجيه مسار حديثهم، وأحياناً إلى إعـادتهم إلـى المسار الأصلى أثناء المقابلة. وفى مثل هذه الحالات يمكـن أن يـؤدى اسـتخدام الأسئلة المفتوحة إلى الحصول على معلومات سطحية لاعلاقة لها بهدف المقابلة أو موضوعها. وفى مثل هذه الحالات يكون من الضرورى استخدام أسئلة واضـحة وموجهة ومغلقة فى أكثر الأحيان.

وعلى العكس من ذلك المرضى الشكاكين وذوى النزعة الدفاعية حيث يؤدى استخدام الأسئلة المغلقة إلى إجابات مختصرة جداً (من قبيل: نعم، لا، لا أدرى.. إلخ). ومع مثل هؤلاء المرضى يستحسن بوجه عام استخدام الأسئلة المفتوحة.

وقد لوحظ أن الأسئلة المفتوحة يمكن أن تؤدى إلى معلومات غير صحيحة أو غير متسقة مع بعض الفئات الإكلينيكية مثل السكيرين والمدمنين. وفى هذا الصدد يذكر تيرنر وهيرسن (المرجع السابق، ص ١٥) "نعلم طلابنا عندما يقابلون أشخاصاً يشكون فى أنهم من مدمنى الخمور أو المخدرات أن يسألوا أسئلة مباشرة مثل: مامقدار الكحول أو المخدرات التى تعاطيتها اليوم؟ أو أبعد من ذلك: ما هو البار المفضل لديك فى منطقتك؟ ". وهذه الاستراتيجية تمكن المقابل من تفادى الألاعيب والإنكار الذى يكثر حدوثه بين المدمنين وتساعد على الدخول فى صلب الموضوع دون لف أو دوران.

خامساً: التدخل العلاجى:

سوف نتناول العلاج النفسى بالتفصيل فى الفصول القادمة. ولكن ما نحب أن نؤكده هنا هو أن المقابلة العلاجية تتطلب قدراً كبيراً من المهارة واليقظة كما تتطلب فهماً واستبصاراً بحالة المريض. ويحتاج المعالج إلى المرونة فى التصرف، وأن يكيف أساليب العلاج تبعاً لشخصية المريض. فبعض المرضى يحتاجون إلى درجة أكبر من التوجية وتحديد مسار المقابلة العلاجية، بينما نجد أن الغالبية العظمى تحتاج إلى استخدام الأساليب غير الموجهة. ويؤدى استخدام الأساليب الموجهة من جانب المعالج إلى المقاومة من جانب المريض وشعوره بأن هذا العـلاج لا يتصل باحتياجاته الشخصية أو بالمشكلة التى جاء من أجلها إلى العيادة. ويجدر بالملاحظة أن غالبية المعالجين النفسيين فى وقتنا الحاضر يستخدمون أساليب مختلفة فى العلاج النفـسى مقتبسة من مدارس العلاج النفسى المختلفة. أنظر مثلاً أرنولد لازاروس (A. Lazarus, 1976, 1981).

وهناك عدد من الاعتبارات الهامة التى يجب مراعاتها فى المقابلة بوجه عام وفى المقابلة العلاجية على وجه الخصوص، نذكر منها:

١ – تأكيد أن الهدف هو مساعدة المريض على مساعدة نفسه:

يشير هذا المبدأ إلى أن المناخ العام للمقابلة يجب أن يكون عبارة عن مساعدة المريض فى التغلب على مشكلاته عن طريق مساعدته على أن يساعد نفسه. وحتى نبنى من البداية الاتجاه نحو مساعدة الذات، نحاول منذ البداية أن نؤكد على دوره فى تعلم المهارات السلوكية وممارستها خارج جلسات العلاج. وأن ذلك هو الطريق إلى التغلب على المشكلات. ويساعد ذلك أيضاً على منع الإعتماد الزائد من جانب المريض على المعالج. ولا شك أن توضيح هذه الأمور وممارستها يتم خلال جلسات العلاج التالية. ولكن يكفى أن يكون ذلك بمثابة المناخ العام للمقابلة التمهيدية والتى تعتبر بمثابة الحلقة الأولى فى سلسلة جلسات العلاج، وأن يكون ذلك أيضاً بمثابة الإطار العام للإجابة عن تساؤلات المريض أو أسرته خلال المقابلة. ويؤدى هذا المناخ إلى زيادة تعاون المريض وإحساسه بأن عليه مسئولية المشاركة الفعالة والتعاون فى تحقيق التقدم العلاجى.

٢ – مراعاة المبادئ المهنية والأخلاقية:

إن مراعاة المبادئ المهنية والأخلاقية فى العلاقة الإكلينيكية أمر أساسى لقيام الثقة المطلوبة ولنجاح العلاج، وأى إخلال بهذه المبادئ يؤدى إلى إحداث أضرار بالغة للمريض، إلى جانب ما يترتب على ذلك من عواقب خطيرة على القائم بالأفعال المخلة أخلاقيا، بل وعلى مهنة العلاج النفسى بوجه عام. ولا شك أن تصرفات القائم بالمقابلة وكلامه يعكسان مدى التزامه الأخلاقى والمهنى. ويمكن أن يساعد ذلك على نمو الثقة واضطرادها أو قد يؤدى إلى العكس، أى إلى تحفظ المريض وتخوفه وتركه للعلاج.

سادساً: ختام المقابلة :

بعد أن يتم جمع المعلومات أو القيام بالتدخل العلاجى تبدأ إجراءات إنهاء المقابلة. ويتعين على المقابل أن يتبع الإجرءات السليمة فى ختام المقابلة وأن يمهد لإنهاء المقابلة بالطريقة الملائمة. وفى حالة المقابلة التشخيصية قد يقوم المقابل بتلخيص نتائج المقابلة (إن كان ذلك مناسباً لحالة المريض). وقد يشرح للمريض الخطوات التالية فى الخدمة النفسية وقد يحدد له الموعد التالى بالعيادة. وفى حالة المقابلة العلاجية قد يلخص ما تم خلال المقابلة ويوجز الخطوات التالية فى جلسات العلاج المقبلة. وفى أكثر الأحيان يقوم المقابل قبل ختام المقابلة بمراجعة الواجبات

المنزلية[٣] التى يتعين على المريض القيام بإنجازها قبل جلسة العلاج التالية. ولهذه المرحلة أهميتها الخاصة عند استخدام أساليب العلاج التنويمى[٤]. ففى هذه الحالة يجب على المعالج قبل انصراف المريض أن يتأكد من أنه متيقظ ومتنبه بدرجة جيدة حتى لايتعرض للحوادث التى قد تنتج عن عدم الانتباه. ويمكن للمعالج فى هذه الحالة أن يقضى بضع دقائق فى الحديث مع المريض قبل انصرافه. وقد يتعين على المعالج اتباع إجراءات مماثلة عند استخدام أساليب الإسترخاء العضلى العميق[٥]. وبوجه عام يتعين إنهاء المقابلة بطريقة متوقعة من المريض وليس بصورة فجائية.

سابعاً: تسجيل نتائج المقابلة :

من الضرورى أن يقوم المقابل بتسجيل نتائج المقابلة بصورة فورية حتى لاتتعرض النتائج للنسيان وما يترتب عليه من تشويه المعلومات. ويمكن للمقابل أن يدون بعض المعلومات أثناء المقابلة سواءً على النماذج الخاصة بتسجيل المعلومات (مثل استمارة الفحص النفسى الإجتماعى)، أو على الورق العادى. ويستفيد المعالج فائدة جمة من تسجيل المعلومات لأنها تذكره دائما بالأمور التى ينبغى أن يركز عليها فى العلاج. وقد يقوم المقابل بتسجيل المقابلة بأجهزة التسجيل الإلكترونى وذلك بعد الحصول على إذن كتابى بذلك من المريض (أو الوصى أو ولى الأمر إن وجد). ولايجوز إطلاقاً تسجيل المقابلة دون علم المريض وموافقته الكتابية أو المسجلة.

خصائص المقابلة فى المراحل المختلفة للخدمة النفسية :

لكى تحقق الخدمة النفسية أهدافها العلاجية المنشودة، يجب على الأخصائى النفسى أن يكون على درجة كبيرة من الوضوح بالنسبة لمراحل المقابلة والأهداف الخاصة بكل مرحلة منها. ويناقش جازدا وزملاؤه بصورة مفصلة أهداف المقابلة فى مراحلها المختلفة وأبعاد التفاعل التى تتعلق بكل هدف منها. ويقسم جازدا (G. M. Gazda, et al, 1984) مراحل الخدمة النفسية إلى ثلاثة مراحل، ويوضح أهداف وأبعاد التفاعل الخاصة بكل مرحلة، وسوف نعرض فيما يلى تلك المراحل بصورة موجزة:

أ – مرحلة التيسير:

وفى هذه المرحلة يصف طالب المساعدة الأعراض أو المشكلات التى يشكو منها والأمور التى يحتاج إليها. وفى هذه المرحلة يمتنع الأخصائى عن اتخاذ الإجراءات

3 - homework.

4 - hypnosis.

5 - deep muscle relaxation.

المؤدية إلى حل المشكلة ريثما يصل طالب المساعدة إلى درجة الاستعداد اللازمه لذلك. فالهدف الأساسى هنا هو توضيح الشكوى أو المشكلة توضيحاً كافياً وجيداً.

ب- المرحلة الإنتقالية:

وفى هذه المرحلة يصل الشخص إلى صياغة المشكلة صياغة واضحة ومحددة، ويعبر عن قبوله للمسئولية عن التغيير أو حل المشكلة. وهنا يساعد الأخصائى النفسى الشخص على أن يدرك دوره فى الوصول إلى الحل وتحقيق الهدف المنشود فى عالم الواقع.

جـ- مرحلة الفعل أو التصرف:

وفى هذه المرحلة يقوم الشخص بالخطوات اللازمة لحل المشكلة. أى أن الهدف هنا هو التحقيق الفعلى للحلول فى عالم الواقع. وفى هذه المرحلة يناقش الأخصائى مع المريض الحلول المختلفة للمشكلة. وبالطبع يقوم المريض بالتفكير فى الحلول الممكنة والمتعددة بمساعدة الأخصائى.

أبعاد التفاعل فى المراحل المختلفة :

لكل مرحلة من المراحل السابقة الذكر هدف محدد. وهذا الهدف يحدد أبعاد التفاعل الخاصة بكل مرحلة. وتساعد مراعاة تلك الأبعاد على نجاح المقابلة فى تحقيق أهدافها. وسوف نعرض هنا بشىء من الإيجاز للأبعاد المتصلة بكل مرحلة من تلك المراحل.

أولا: أبعاد التفاعل فى مرحلة التيسير:

وهى عبارة عن ثلاثة أبعاد: الإحساس بمشاعر الطرف الآخر(٦)، والإحترام(٧)، والدفء(٨). وسوف نتناول كلاً منها بشىء من التفصيل فيما يلى:

١- الإحساس بمشاعر الطرف الآخر:

وذلك بأن يضع الأخصائى نفسه فى مكان الطرف الآخر، أو أن ينظر إلى الأشياء بمنظار الطرف الآخر. ويعتبر هذا البعد أهم الأبعاد المتصلة بالخدمة النفسية. ذلك أننا إن لم نستطع أن نتفهم مشاعر الشخص الآخر وأن نحس بإحساساته، فلن يكون فى مقدورنا فهمه أو مساعدته.

---

6 - empathy.

7 - respect.

8 - warmth.

٢ - الاحترام:

وهو أن نؤمن بقدرة الناس على حل مشكلاتهم وأن دورنا هو مساعدة الفرد على أن يساعد نفسه. وتنمو مشاعر الاحترام مع تزايد معرفتنا بالخصائص الفريدة التى يتصف بها الشخص. ويمكن للأخصائى أن يعبر عن الاحترام بحسن الإصغاء، وبالإيمان الصادق بقدرة الفرد على مساعدة نفسه بمعاونة الأخصائى النفسى.

٣ - الدفء:

ويرتبط هذا البعد ارتباطاً وثيقاً بالبعدين السابقين، فنحن نميل لأن نحب أو نهتم بأولئك الذين نعرفهم أو نتفهمهم، والذين نؤمن بقدراتهم (الاحترام)، ومن الصعب أن نتصور مساعدة شخص لا نعبأ به. ويمكن توصيل مشاعر الدفء للطرف الآخر من خلال الإبتسام المناسب والتعبير عن القبول والاهتمام.

ثانياً: أبعاد التفاعل فى المرحلة الإنتقالية:

مع قيام الأخصائى ببناء قاعدة للإنطلاق مبنية على أساس من الاحساس بمشاعر الطرف الآخر وعلى أساس من الاحترام والدفء، يبدأ الشخص فى استكشاف ذاته بدرجة أكثر فأكثر تعمقاً، خاصة مع ما يستشعره من التشجيع على تحقيق المزيد من اكتشاف الذات. ويساعد ذلك على إتاحة المجال لتبلور الأبعاد الخاصة بهذه المرحلة وهى أبعاد العيانية(٩)، والصدق(١٠) والإفصاح عن الذات(١١). ولا شك أن هذه الأبعاد الثلاثة هى الطريق المؤدى إلى المرحلة التالية وهى مرحلة حل المشكلات أو التخطيط للتصرف والفعل، مع ملاحظة ما تنطوى عليه هذه الأبعاد من تهديد للذات (بكشف الحياة الداخلية الخاصة للفرد) أمام الآخرين. ونوجز فيما يلى الحديث عن كل بعد أبعاد التفاعل فى المرحلة الإنتقالية.

١ - العيانية:

وتعنى العيانية التحديد الواضح أو الوصف المحدد للمشكلات بدلاً عن الحديث الذى يعتمد على التعميمات أو الوصف العام. وبذلك نساعد الشخص على أن يصف خبراته ومشاعره وصفاً محدداً وعيانياً.

٢ - الصدق:

ويعنى الصدق توخى الحقيقة فى الحديث أو الوصف الصادق لما يحس به

---

9 - concreteness.

10- genuineness.

11- self-disclosure.

الشخص، أو لما يشعر به أو يفكر فيه. فالمطلوب هنا هو أن يكون الشخص أميناً وصادقاً فى وصف خبراته النفسية.

٣- الإفصاح عن الذات:

وهو يشير إلى التعبير عن الذات والكشف عما يشعر به الشخص أو ما يفكر فيه. فهنا يشجع الأخصائى النفسى الشخص طالب المساعدة على استخدام لغة محددة فى وصف المشاعر والخبرات والأفكار كما يعبر الأخصائى عن نفسه بأمانة ويتوخى الصدق فى الإفصاح عن الذات، وذلك فى الحدود التى تتمشى مع طبيعة العلاقة الإكلينيكية.

ثالثاً: أبعاد التفاعل فى مرحلة التصرف أو الفعل:

تعتبر هذه المرحلة أهم مراحل العملية العلاجية، ففى هذه المرحلة يتم اتخاذ القرارات، والقيام بتحقيق الخطط والحلول على أرض الواقع. وفى هذه المرحلة يقوم المعالج بمساعدة الشخص على رسم خطة أو استراتيجية لحل المشكلة بناءً على فهم واضح وموضوعى لطبيعة المشكلة، ثم يقوم بعد ذلك بتوجيهه إلى القيام بتنفيذ الخطة، بما يؤدى إلى حل المشكلة. ولا ينتقل الأخصائى إلى مرحلة التنفيذ بأبعادها ومبادئها قبل أن تكون هناك قاعدة متينة تقوم هذه المرحلة على أساسها. وهناك بعدان أساسيان لهذه المرحلة وهما: المواجهة[١٢]، والمباشرة[١٣] وسوف نتناولهما فيما يلى بشىء من التفصيل.

١- المواجهة:

ويشير جازدا وزملاؤه (ibid, P. 18) إلى أن المواجهة كثيراً ماتعنى التعامل مع المفارقات بين مايقوله الأفراد عن أنفسهم، وبين ما يعملونه. وأحد الأشكال الشائعة للمواجهة مساعدة الفرد على أن يتعامل مع الواقع الحاضر هنا والآن. وأخطر أشكالها هى تلك المواجهة التى لاتسمح للفرد بحفظ ماء وجهه. وينبه جازدا ورفاقه إلى أن "الأمانة القاسية فى مواجهة المريض يمكن أن تكون ضارة. وإنما تكون المواجهة مفيدة إذا ابتعدت عن المواجهة بالسلبيات، وإظهار أخطاء المريض، بما يتيح له الدفاع عن نفسه، وإنقاذ ماء وجهه، كإظهار التناقض بين أفعال الشخص من ناحية وبين ما يدعيه من المبادىء من ناحية أخرى. بل يرى البعض أن المواجهة غير ضرورية إطلاقا. على أن المواجهة يمكن أن تفيد إذا ركزت على المواجهة بالإيجابيات، وبيان

12- confrontation.

13- immediacy.

أن الشخص لديه المهارات والقدرات والاستعدادات التى تتضح فى مواقف محددة مما يذكره الفرد عن نفسه وعن حياته".

٢ – المباشرة:

ويشير هذا البعد إلى ما يحدث بين الأخصائى النفسى وبين الشخص طالب المساعدة. فهنا يحتاج الأخصائى لأن يصف وأن يشرح استجابات الشخص طالب المساعدة وردود فعله تجاه الأخصائى. ويساعد ذلك على وصول الشخص لقدر أكبر من فهم الذات وفهم كيف تؤثر تصرفاته على الآخرين.

ويتضح مما سبق أن هناك مراحل مختلفة لعملية العلاج النفسى وأن على الأخصائى النفسى القائم بالمقابلة أن يكون متنبهاً لهذه المراحل وخصائصها ومتطلباتها، وألا يستبق تلك المراحل قبل أن يكون المريض مهيئاً لها.

لغة المقابلة :

تؤثر لغة الحوار المستخدمة فى المقابلة على نتائج المقابلة تأثيراً بالغاً، بما يتطلب من الأخصائى أن يولى هذا الأمر ما يستحقه من الإهتمام. ويمكن الحديث عن اللغة من عدة جوانب نعرض هنا بعضاً من أهم تلك العوامل.

أولاً: استخدام لغة مناسبة للمفحوص:

وذلك من ناحية العمر، ومستوى التعليم، والمستوى الثقافى، والخصائص الاجتماعية والمهنية. وفى هذا الصدد ينبغى على الأخصائى أن يتجنب استخدام المصطلحات الفنية التى تستخدم عادة بين المتخصصين (إلاً إذا كان المريض نفسه من المتخصصين). ومما يساعد على تنمية العلاقة raport استخدام الأخصائى للغة التى يستعملها المريض فى حياته اليومية، وذلك إذا كان الأخصائى واثقاً من معرفته الصحيحة لتلك اللغة.

ثانياً: ملاحظة ومسايرة لغة المريض:

وذلك من حيث استخدامها لقنوات معينه من قنوات الإدراك الحسى. وفى هذا الصدد تشير بعض الكتابات السيكولوجية إلى أهمية مجاراة لغة الإدراك الحسى للمريض. (أنظر فى هذا الصدد كتابات مدرسة ميلتون إريكسون ; M. Erikson) (Bandler& Grinder: Lankton) ومن أمثلة ذلك تفضيل الشخص لاستخدام اللغة البصرية كأن يقول مثلا: "أنا أرى كذا .." أو "أتصور أن الحل هو كذا.." أو "كان

منظر الخلاف ...". أو مثلا استخدام اللغة المتصلة بإحساسات التذوق كأن يقول: "شعرت بمرارة الفراق.." أو "أحسست بحلاوة الانتصار". أو مثلاً استخدام لغة سمعية كأن يقول "المفروض أن يسمع الكلام" أو "ما زلت أتذكر نبرات صوته العالية". ويرى هؤلاء أن مجاراة لغة المريض يساعد على تحقيق التقارب، بل ويزيد من تأثير المعالج. على أن هذه النظريات تستند على الخبرة الإكلينيكية أكثر مما تستند على التجارب المضبوطة.

ثالثاً: استخدام القطب الإيجابى للمعنى فى التعبير اللغوى:

من الأمور البالغة الأهمية التى يجب أن يلاحظها الأخصائى استخدامه للكلمات السلبية أو الإيجابية فى الحديث عن مشكلات المريض. فاستخدام لغة إيجابية فى الحديث عن السلوك الحالى أو المستهدف من العلاج، له تأثير كبير على تحسن الأعراض لدى المريض. فمثلاً إذا كان المقابل بصدد الحديث عن مشكلة التبول الليلى لدى أحد الأطفال فيستحسن أن يتكلم عنها باستخدام لغة إيجابية. فمثلاً يقول للطفل أو للأسرة: "متى أو كيف سيحافظ الطفل على جفاف الملابس أو الفراش؟". بدلاً عن تكرار استخدام كلمة البلل. كذلك عندما يتكلم أحد الأشخاص عن مشاعره السلبية كالاكتئاب أو القلق، يمكن أن نترجم ذلك فى حديثنا معه إلى لغة إيجابية كأن نتكلم عن العمل على الوصول إلى الطمأنينة النفسية أو الرضاء النفسى. وبالطبع فإن ذلك يساعد على خلق مناخ إيجابى ولكنه لايغنى عن استخدام أساليب أو تقنيات العلاج النفسى بأشكاله المختلفة.

وفى جميع الأحوال يجب على المقابل أن يستخدم لغة سهلة يسيرة ومفهومة للمريض وأن يبتعد عن التكلف أو استخدام المصطلحات الفنية التى لا تفيد فى شىء سوى انتفاخ الأنا لدى الأخصائى. كذلك فمن المهم أن تعكس لغة الأخصائى القبول والاحترام لنفسه وللشخص للآخر والمعاملة الحسنة للمريض، وأن تخلو لغته من التعبير عن التعالى أو العجرفة أو استخدام الكلمات البذيئة أو الألفاظ النابية. إن اللغة هى القناة الرئيسية للتواصل ولتبادل المعلومات وللتعبير عن المشاعر والأفكار والإحساسات، ولذا يجب أن يوليها الأخصائى ما تستحقه من الاهتمام.

التعبيرات غير اللفظية خلال المقابلة :

لاتقتصر المقابلة على تبادل المعلومات والإتصال اللغظى المقصود وغير المقصود، أو الشعورى وغير الشعورى، بل إن هناك الكثير جداً من أشكال السلوك التى تحدث خلال المقابلة والتى يمكن أن تعطى الكثير من الدلالات والمعانى البالغة

الأهمية. وعلى الأخصائى النفسى أن يولى تلك المعانى ما تستحقه من الاهتمام، بما يمكنه من أن يفهم الكثير من المشاعر، والانفعالات والدوافع والأفكار التى قد لايعبر عنها المفحوص تعبيراً لفظياً لسبب أو آخر. غير أنه يجب علينا أن ننوه بأن هناك الكثير من الفروق الفردية والثقافية فى الحركات التعبيرية. ويجب أن نأخذ هذه الفروق بعين الاعتبار كى نتجنب أخطاء التفسير والتأويل.

وقد تتسق التعبيرات غير اللفظية مع ما يعبر عنه الشخص لفظياً، وقد لا تتسق.. فمثلا قد يقول الشخص إنه غير قلق خلال المقابلة ولكن حركاته أوتصرفاته أو نظراته أو احمرار وجهه أو العرق المتصبب منه، قد يدل ذلك كله على عكس ما يقول. ومن الأمثلة التى تدل على أهمية التعبيرات غير اللفظية تلك الدراسة التجريبية التى أجراها بيير Ernest Beier (من خلال: Pope, B. 1979) وقد استهدفت الدراسة التى أجراها على ٥٠ أسرة من الأزواج والزوجات، التعرف على دور اللغة الجسمية body language فى التعبير عن الوفاق أو الصراع الأسرى. وفى بداية الدراسة قام الباحث بإعطاء كل زوج وزوجة استخباراً لقياس درجة الصراع الأسرى. ثم تمت مقابلة كل زوجين معاً. وقام المقابل بسؤال كل زوج وزوجة أن يتناوبا الحديث أحدهما بعد الآخر عن شريك الحياة وما كانا يتوقعانه أحدهما من الآخر، وكيف يشعر كل طرف منهما نحو الآخر. وتم تسجيل تلك المقابلات صوتاً وصورة بالفيديو. وفى القسم الثانى من التجربة تم عرض أفلام المقابلات بالصورة فقط، وبدون صوت على مجموعة من المحكمين المدربين على تقدير السلوك غير اللفظى. ولم يكن لدى المحكمين أية معلومات عن وصف الأزواج أحدهم للآخر أو تقديره له. وقام المحكمون بتقدير السلوك بناءً على مشاهدتهم للسلوك غير اللفظى فقط. ثم قام الباحث بعد ذلك بتحليل التقديرات التى أعطوها للسلوك. وقد تبين أن الأزواج السعداء يميلون إلى الجلوس أكثر قرباً أحدهما من الآخر، ويلمسون الطرف الآخر أكثر مما يلمسون أنفسهم، ويتبادلون الحديث أكثر مع أزواجهم، أما الأزواج الذين يعانون من درجة أكبر من الصراع فقد لوحظ أنهم يميلون لوضع أرجلهم الواحدة فوق الأخرى، ولأن يكتفوا أذرعهم، كما يقل معدل نظرهم الواحد منهم إلى الآخر، ويلمسون أنفسهم أكثر مما يلمسون الطرف الأخر. وقد أوضحت هذه الدراسة أن التعبيرات غير اللفظية تعبر عن المشاعر التى يكنها كل زوج (أو زوجة) للطرف الآخر بصورة واضحة مكنت المحكمين من أن يميزوا بين الأزواج السعداء وغير السعداء.

ويذكر المؤلف حالة زوجين حضرا إلى العيادة النفسية بعد أن تفاقم الصراع بينهما ووصل إلى القضاء والانفصال لفترة طويلة. وخلال إحدى الجلسات بدأ الزوج يتكلم بطريقة غاضبة مليئة باللوم نحو الزوجة. وعندئذ جلست الزوجة صامتة ، وهى

تنظر لأسفل ثم قبضت بإحدى يديها على الأخرى ، وبدت عضلات وجهها مشدودة، كما بدا الشد العضلى على ذراعيها ويديها. وبعد لحظات نظرت إلى ساعتها وكأن لسان حالها يقول: "لا فائدة من إضاعة الوقت.. فهو مازال مصراً على إيذاء المشاعر، ولم يتغيرعما كان عليه". وبجب على الأخصائى أن يلاحظ مثل هذه المظاهر السلوكية وأن يتعامل معها بالطريقة المناسبة.

ويصف جازدا وزملاؤه (G. M. Gazda, et al, 1984) الخصائص العامة للإتصال غير اللفظى. ومن أهم هذه الخصائص أن الاتصال غير اللفظى يستخدم قنوات عديدة للارسال والاستقبال. وأساساً نحن نستقبل المعلومات الواردة عن طريق كل حاسة من الحواس الخمس: السمع، والبصر، واللمس، والشم، والتذوق. كما أن ارسال الرسائل يتم عن طريق قنوات عديدة أيضاً. ويورد جازدا وزملاؤه القنوات الآتية للإتصال:

١- **استخدام الوقت:** البطء أو السرعة فى إدراك وجود الطرف الآخر والاستجابة لاتصالاته.
٢- **استخدام الجسم:** ويشمل ذلك نظرات العينين أو النظر لأشياء معينة أو لأسفل وتفادى النظر أو تكرار النظر أو نظرات التحدى والغضب.
٣- **وضع الجسم:** وهل يدل على الانتباه أو التعب أو مثلاً هل يجلس الشخص فى مواجهة الطرف الآخر وهل الرأس مرفوعة أو مخفضة، وهل الأرجل موضوعة إحداها على الأخرى.
٤- **تعبيرات الوجه:** مثل تكشير الوجه أو الجبهة، والابتسام أو الضحك، أو إدماع العينين، أو الفم الحزين، أو العض على الشفتين.
٥- **حركات وإيماءات الأيدى والأذرع:** وهنا نلاحظ أن المجتمعات العربية بوجه عام تستخدم حركات الأيدى فى التعبير بصورة أكثر من المجتمعات الغربية.
٦- **تكرار أو ترديد السلوك:** كالخبط بالأرجل أو الأيدى أو النقر بالأصابع بشكل متكرر، أو بالارتعاش أو اللعب بالأزرار أو الشعر أو الملابس.
٧- **الحركات التى تنطوى على رموز متعارف عليها ثقافياً،** أو التى تدل على الأوامر.
٨- **اللمس:** كالتربيت على الكتف أو على الرأس.

بعض الخصائص الأخرى المصاحبة للغة الكلام :

هناك عدد من الخصائص الأخرى التى تصاحب الحديث والتى تعتبر مستقلة عن اللغة نفسها. وهذه الخصائص تتعلق بالكيفية التى يصدر بها الكلام عن الشخص.

ويصف بنيامين بوب (Pope, 1979 B.) أربعة قنوات أساسية فى هذا الصدد نوجزها فيما يلى.

١- نغمة الصوت أو نبراته:

ويشمل ذلك كل أشكال التلوين الصوتى والتأكيد الصوتى الذى ينقل معنى خاصاً إلى المستمع. ويعبر ذلك عادة عن انفعالات المتكلم واتجاهاته نحو ما يقول أو نحو شىء ما فى سياق الحديث. ولكى ندرك تأثير نغمة أو نبرة الصوت يمكننا أن نقارن بين شخصين يقولان نفس الشىء ولكن بنبرتين مختلفتين. فمثلاً يقول الشخص الأول: "آه، هذا عظيم جداً" بنغمة ملؤها الاقتناع والحماس والتأكيد. بينما يقول الشخص الآخر نفس العبارة: "آه، هذا عظيم جداً" بلهجة ملؤها السخرية اللاذعة والضيق الشديد. فهنا يمكننا أن نلاحظ أن نغمة الصوت تضفى الكثير من المعانى على التعبيرات اللفظية وإن تطابقت الألفاظ والكلمات.

كذلك إذا استمعنا جيداً إلى نغمة الصوت فقد نلاحظ فيها نبرة من الحزن، أو ارتعاشة خوف وقلق، أو حدة غضب، أو خشونة الاغتراب والإنعزال، وقد نلمح فى الصوت نبرات الطفولة أو الصبا والشباب أو ضعف الكهولة (بصرف النظر عن العمر الحقيقى للشخص). وقد نسرح بالخيال محاولين أن نستقرىء بين تلك النبرات مصادرها أو ينابيعها ومستودعاتها من الخبرات المختزنة فى ذاكرة الفرد وماضى خبراته البعيدة.

٢- الوقفات غير النحوية:

تختلف الوقفات غير النحوية عن الوقفات النحوية (التى تتمشى مع قواعد اللغة). فالوقفات النحوية هى تلك الوقفات التى توجد بين أجزاء الكلام لتوضيح المعنى.. مثل التوقف عند النقطة أو الفاصلة أو علامة الاستفهام. أما الوقفات غير النحوية فهى تحدث دون أساس نحوى من قواعد اللغة. وبذلك فهى تقطع الانسياب الطبيعى للحديث، وتعوق طلاقته وتلقائيته.. وهنا قد نتساءل عن أسباب تقطع الحديث، هل يرجع ذلك إلى انفعال جارف أو إلى رغبة فى إخفاء شىء أو إلى محاولة تفادى التفكير فى موضوع مؤلم.

٣- سرعة الكلام:

من المألوف لنا ملاحظة أن هناك فروقاً فردية، وفروقاً جماعية أو ثقافية فى سرعة الكلام. فهناك أشخاص يتحدثون ببطء ويتخيرون كلامهم بعناية، ويضغطون على مقاطع معينة فى الكلام (استمع مثلاً إلى تسجيلات أحاديث الدكتور طه حسين،

عميد الأدب العربى). وهناك أشخاص يتحدثون بسرعة وتنطلق كلماتهم كالقذائف أو الطلقات. وقد لوحظت فروق بين الفئات الإكلينيكية المختلفة فى سرعة الكلام. فمثلاً مرضى المرح mania يغلب عليهم سرعة الكلام، بينما يتميز مرضى الاكتئاب والمالنخوليا بالبطء الواضح فى الكلام.

اضطرابات الكلام :

تشير اضطرابات الكلام إلى مشكلات أو صعوبات النطق والتى قد تنشأ عن انفعالات القلق أو الخوف أو التوتر النفسى. وقد عرض بوب (B. Pope, 1979) للدراسات التى أجراها ماهل Mahl على اضطرابات الكلام. فقد وجد ماهل من خلال تحليلاته للغة المقابلة أن المقابل يدرك تلك الاضطرابات وكأنها تحدث فقط بصورة متقطعة أثناء الكلام وسط سياق ينساب بطلاقة طوال المقابلة، غير أن الواقع هو أن اضطرابات الكلام تحدث بصورة مستمرة أثناء المقابلة. إلا أنها تحدث عند مستويات تقع أسفل عتبة الإدراك عند المقابل، وعندما يزيد القلق أو الانفعال من حدوث اضطرابات الكلام عند المريض ويرفعها فوق مستوى عتبة الإدراك، فإن المقابل يدرك الاضطراب فى الكلام فى هذه الحالة، وربما يستجيب له المقابل عندئذ على أنه علامة على وجود معاناة نفسية. وقد صنف ماهل اضطرابات الحديث إلى الفئات التالية: تغيير الجمل، وتكرار الكلمات أو العبارات واللجلجة، وحذف أجزاء من الكلمات، وعدم إكمال الجمل، وفلتات اللسان، والأصوات الدخيلة غير المتسقة. وقد قام ماهل بتجميع اضطرابات الكلام فى فئتين رئيسيتين تبعاً للعوامل المسببة لها. وتمثل المجموعة الأولى التاثير المباشر والمربك للإنفعالات القوية. فالقلق مثلاً عندما يكون شديداً بما فيه الكفاية يمكن أن يؤدى إلى إرباك نماذج السلوك المعقد والمتآزر. ومن أمثلة ذلك حدوث فلتات اللسان أو الأصوات غير المتسقة والدخيلة على الكلام. أما المجموعة الأخرى من اضطرابات الكلام فإنها تنشأ عن الدفاعات التى تقاوم التعبير عن الأفكار المثيرة للقلق. ومن أمثلة ذلك، عدم إكمال الجمل، والحذف، وتصحيح الجمل، وتبدو هذه المجموعة الثانية كمحاولة من جانب المريض لتعديل أو مراقبة أو إيقاف الاتصال قبل أو بعد البدء فيه.

تقييم المقابلة :

رغم أن المقابلة تعتبر من أهم الأساليب الإكلينيكية المستخدمة فى جمع المعلومات وفى مساعدة المريض على تحقيق التغيرات المنشودة، إلاً أن المقابلة ليست بالأسلوب المحصن ضد الخطأ. بل كثيراً ما تصل المقابلة إلى نتائج بعيدة عن الصحة

أو إلى أخطاء فى تشخيص حالة المريض. وتشبه المقابلة فى هذا الصدد أساليب الفحص الأخرى التى تحتاج إلى التحقق من صدقها ومن ثباتها أيضاً. ويمكن الرجوع إلى الكثير من المراجع التى تناولت بالدراسة ثبات وصدق المقابلة. غير أننا نكتفى هنا بمناقشة بعض الجوانب أو الأمور التى يمكن أن تؤثر على قيمة المقابلة وفعاليتها فى جمع المعلومات. ولعل ذلك يساعد على تنبيه الأخصائى النفسى إلى بعض مصادر الخطأ فى المقابلة وإلى تبنى نظرة نقدية متمحصة إلى المعلومات التى نحصل عليها أثناء المقابلة. وهناك العديد من المتغيرات المركبة التى تتفاعل معاً خلال المقابلة والتى تؤثر على نتائجها، وأهم تلك المتغيرات: ١) المتغيرات المتصلة بالمريض. ٢) المتغيرات المتصلة بالأخصائى القائم بالمقابلة. ٣) المتغيرات المتصلة بطبيعة التفاعل أو العلاقة بين الأخصائى والمريض أثناء المقابلة. ٤) طبيعة المعلومات التى يبحث عنها الأخصائى. ٥) الظروف التى تتم فى ظلها المقابلة. ٦) درجة تقدم المعلومات أو العلم فى المجال المتصل بالمقابلة. ويناقش هيرسن وبيلاك (A. S. Bellack & M. Hersen, 1980) تأثير بعض المتغيرات التى تنتمى إلى ثلاث من هذه المجالات، كما يناقش جيرالد يونج ورفاقه تلك المتغيرات(Gerald Young, et al, 1987) ، ونعرض هنا بإيجاز لتلك المتغيرات.

أ - المتغيرات المتصلة بالمريض:

يعتمد صدق المقابلة بصورة أساسية على صحة المعلومات التى يقدمها المريض. فإذا كان المريض قد أتى إلى المقابلة طالباً المساعدة فيغلب أن يتطوع بتقديم المعلومات التى يعرفها وأن يتعاون مع الأخصائى فى كشف الحقائق. أما إذا كان المريض قد أتى محولاً عن طريق القضاء أو الشرطة فقد يعمد إلى تشويه المعلومات بصورة أو بأخرى. ومن أمثلة ذلك حالات ادعاء المرض[١٤] للتهرب من المسئولية الجنائية، أو التظاهر بالسلامة النفسية خوفاً من فقدان حق كفالة الأطفال أو رعايتهم. وقد يؤثر ذلك تأثيراً بالغاً على نتائج المقابلة. ولكن حتى فى الحالات العادية بالعيادة أو المستشفى عندما يقول المريض الحقيقة، فإننا لا نعرف على وجه اليقين إن كان ما يقوله هو الحقيقة الموضوعية. وهناك دائماً احتمال تشويه المعلومات أو تحريفها إذا استثنينا من ذلك البيانات الأولية مثل بيانات السن والتعليم والمهنة وما إلى ذلك. ويرجع هذا التشويه فى المعلومات إلى عدة أسباب سيكولوجية من أهمها أخطاء الملاحظة، وأخطاء الذاكرة، وتأثير العوامل النفسية الأخرى. فمن ناحية القدرة على الملاحظة نجد أن أكثر الناس ليست لديهم القدرة على الملاحظة الدقيقة للسلوك.

14- Malingering.

ويورد جيرالد يونج ورفاقه (Gerald Young, et al, 1987) للمصادر الشائعة لأخطاء المعلومات فى المقابلة. وفيما يتعلق بالمفحوص أو المريض يذكر العوامل الآتية:

١- الحاجة لإعطاء إجابات جذابة اجتماعيا.
٢- عدم فهم السؤال.
٣- فجوات الذاكرة.
٤- الشعور بالضغط النفسى كنتيجة للسؤال.
٥- عدم وجود رأى حقيقى.
٦- اختلاف شدة الإنفعال بين المفحوصين.
٧- التغيرات فى إدراك المواقف والأغراض.
٨- توقيت المقابلة.

ب- المتغيرات المتصلة بالقائم بالمقابلة:

يتحدث بيلاك وهيرسين(Bellack & Hersen, 1980) عن أخطاء المقابلة التى ترجع إلى القائم بالمقابلة. فالقائم بالمقابلة يقوم بمعالجة المعلومات ومحاولة وضع المعلومات المتجمعة فى صورة متكاملة، والخروج منها بالاستنتاجات المناسبة. ومن مصادر الخطأ التى يذكرانها:

- الفشل فى جمع معلومات كافية للوصول إلى نتائج صادقة.
- الفشل فى فهم تقارير المفحوص فهماً صحيحاً.
- العجز عن إقامة العلاقة العلاجية rapport مع المريض.
- رداءة أسلوب المقابلة.
- عدم توفر معلومات علمية دقيقة أو كافية لدى المقابل.
- القدرة المحدودة للإنسان بوجه عام على المعالجة الذهنية لقدر كبير من المعلومات فى نفس الوقت.

كذلك يضيف يونج ورفاقه (Young, et al, 1987) العوامل التالية :

- الخصائص الشخصية للمقابل.
- تفضيلات وتحيزات المقابل.
- التغيرات فى الحالة الإنفعالية للمقابل.
- الاختلافات فى المهارة اللغوية.
- الاختلافات فى فهم الأسئلة.
- أخطاء التسجيل.

جـ- بناء المقابلة:

يتحدث يونج ورفاقه (المرجع السابق) عن أخطاء المقابلة التى ترجع إلى بناء المقابلة. ويذكر فى هذا الصدد العوامل الآتية:

١- افتقار السؤال إلى التحديد.
٢- أن يتضمن السؤال مفاهيم مركبة أو متعددة الأبعاد.
٣- كيفية تسلسل أو تتابع الأسئلة.
٤- عدد الأسئلة.
٥- بناء أو تركيب السؤال.
٦- ارتكاز السؤال على افتراضات ليس لها ما يبررها.
٧- احتواء السؤال الواحد على أكثر من سؤال.
٨- وجود عنصر حساس أو مهدد فى السؤال.
٩- صياغة السؤال: احتواء السؤال على مصطلحات غير محددة، أو احتواء السؤال على كلمات أو جمل مركبة، أو احتوائه على كلمات متحيزة.

د- العوامل المتصلة بالتفاعل:

يناقش بيلاك وهيرسن (المرجع الأسبق) العوامل المتصلة بالتفاعل بين المريض والقائم بالمقابلة والتى يمكن أن تؤثر تأثيراً سلبياً على المقابلة. ومن بين تلك العوامل التى يذكرانها:

١- علاقة المفحوص بالقائم بالمقابلة، وهل هى علاقة دافئة أم باردة، وهل تتحلى بروح المودة أم يسودها الفتور أو روح التحدى أو العداء. كما تؤثر أيضاً عليها مكانة المقابل فى نظر المفحوص.
٢- مقدار أو حجم التعليقات التى يعقب بها المقابل على كلام المريض ومدى فورية أو كمون التعليقات وتأثير التدعيم الذي يعطيه المقابل للمريض خلال المقابلة.

تعقيب على المقابلة الإكلينيكية :

تحدثنا فى هذا الفصل عن المقابلة الإكلينيكية، فعرضنا لوظائفها، ولأشكالها المختلفة، ولمراحلها ولخصائص كل مرحلة، ولأهمية مراعاة الأخصائى النفسى لطبيعة كل مرحلة ومتطلباتها. كما تحدثنا عن لغة المقابلة، وعن التعبير أو الاتصال غير اللفظى خلال المقابلة. ثم ناقشنا بعد ذلك فعالية المقابلة أو قيمتها كوسيلة لجمع المعلومات ولتبادل التأثير والتأثر. إن المقابلة هي الأسلوب الأساسى فى العمل

الإكلينيكى، وعلى الأخصائى النفسى مسئولية تنمية قدراته ومهاراته وأن يحاول الحد من تأثير التحيزات الشخصية والعوامل الذاتية، وأن ينظر إلى استنتاجاته أو آرائه التى يصل إليها أثناء المقابلة على أنها فروض تحتاج إلى التحقق من صحتها، كما أن عليه أن يدرك أن بعض أساليب المقابلة أكثر فعالية من بعضها الآخر، وأن يعمل على تنمية مهاراته فى هذا الصدد لزيادة قدرته على مساعدة المرضى النفسيين.

٣

الفصل الثالث

الفحص النفسي – الاجتماعي (تاريخ الحالة)

الفصل الثالث
الفحص النفسى الإجتماعى
(تاريخ الحالة)

يعتبر الفحص النفسى الإجتماعى الخطوة الأولى فى العملية الإكلينيكية. وقد تحدثنا فى الفصل السابق عن المقابلة الإكلينيكية باعتبارها الأسلوب المستخدم فى جمع المعلومات، أما الفصل الحالى فيتناول بالحديث أحد أشكال تلك المعلومات التى نجمعها باستخدام المقابلة بصورة رئيسية. أى أن الفحص النفسى–الاجتماعى هو عبارة عن المضمون الذى نعالجه أو نقوم بجمعه باستخدام أسلوب المقابلة. وترجع أهمية الفحص النفسى الاجتماعى إلى أنه الأساس الذى تبدأ منه أو تنبنى عليه العملية العلاجية كلها، ابتداءً من رسم الخطة العلاجية، وتنفيذها خلال جلسات العلاج، إلى المتابعة المنتظمه والدورية لتقدم المريض فى تحقيق الأهداف المرسومة فى الخطة العلاجية. ولاشك أن من المهم جمع الكثير من المعلومات فى بداية العمل مع المريض، حيث أنه يصعب جمعها فى المقابلات التالية لوجود أهداف أخرى ينبغى التركيز عليها فيما بعد. كما أن تلك المعلومات تظل مرجعاً هاماً للمعالج يعود إليه من وقت لآخر.

والهدف الأساسى للفحص النفسى الإجتماعى هو الوصول إلى تكوين صورة متكاملة وشاملة عن المريض فى مختلف جوانب الحياة، وليس فقط مجرد جمع المعلومات عن الجانب المرضى أو الشكوى التى جاءت بالمريض إلى العيادة النفسية. وفى معرض الحديث عن الفحص النفسى للمريض، يذكر كورميير وكورميير أن هناك ستة أهداف رئيسية للفحص النفسى للمريض (Cormier & Cormier, 1985, P146-147)، وهى:

١- الحصول على المعلومات عن شكوى المريض ومايتعلق بها من مشكلات أخرى.
٢- التعرف على المتغيرات المؤثرة أو المتعلقة بالمشكلة.
٣- تحديد أهداف المريض وتوقعاته بالنسبة لأهداف العلاج أو الإرشاد النفسى.
٤- الحصول على المعلومات عن الخط القاعدى baseline الذى سيتم استخدامه فيما بعد لتقييم مدى تقدم حالة المريض وآثار استراتيجيات العلاج. ويساعد هذا التقييم الأخصائى النفسى على أن يقرر ما إذا كان يتعين عليه أن يواصل الخطة العلاجية أو استراتيجية العلاج أم أن عليه أن يعدلها جزئياً أو كلياً.

٥- تعليم المريض وشحذ دوافعه باطلاعه على وجهة نظرك بالنسبة للمشكلة، مما يساعد على تقبله للعلاج، ومساهمته فى التغيير من خلال التفاعل.
٦- استخدام المعلومات المتجمعة فى تخطيط التدخل العلاجى والاستراتيجيات الفعالة. وهذه المعلومات المتجمعة من عملية الفحص لابد وأن تساعد فى الإجابة على السؤال .. **ماهو** العلاج المناسب لحالة المريض ومشكلاته، **ومن** الذى يقوم بالعلاج بما يحقق أكبر قدر من الفاعلية بالنسبة **لهذا** الفرد الذى يعانى من **هذه** المشكلة الخاصة وفى **ظل أى مجموعة من الظروف**.

ويجدر بالذكر أن المريض نفسه أو الشخص موضوع الفحص هو المصدر الأساسى لهذه المعلومات عادة. غير أننا نلاحظ أنه فى كثير من الحالات يحتاج الأخصائى النفسى إلى مقابلة أسرة المريض أو أصدقائه أو مدرسيه أو الأخصائيين العاملين بالمؤسسات الأخرى التى تعاملت مع المريض من قبل أو الاتصال بهم تليفونياً أو بريدياً مثلاً. وبالطبع يلزم الحصول على تصريح كتابى من المريض قبل القيام بأى اتصال بأى جهة كانت، أو بأى شخص كان، فيما عدا فى حالات الطوارئ عندما تكون حياة المريض أو حياة أى شخص آخر معرضة للخطر. وهناك نماذج خاصة تستخدم لاستكمال التصريح الكتابى بحيث تستوفى الجوانب القانونية.

نموذج الفحص النفسى- الإجتماعى :

نقدم هنا نموذجاً للفحص النفسى الاجتماعى مع شرح للبنود التى يحتوى عليها هذا النموذج. وقد تختلف بعض العناصر فى نماذج الفحص الإجتماعى المختلفة تبعاً للغرض من الفحص أو المجال الذى يتم فيه الفحص أو تبعاً لعمر المفحوص. فالمعلومات التى يهمنا جمعها فى المستشفى قد تختلف عما نريد معرفته بالعيادة النفسية الخارجية أو فى عيادة علم النفس الشرعى أو الجنائى، أو قد تختلف بعض التفاصيل فى نماذج عيادة الصحة النفسية عن النماذج المستخدمة فى عيادة علاج الإدمان. ففى كل حالة من تلك الحالات يحاول الأخصائى أن يجمع تلك المعلومات الخاصة المناسبة لتشخيص المشكلة وتخطيط العلاج لدى فرد له خصائص أو مشكلات معينة تحتاج إلى تركيز الاهتمام عليها. وإن كنا نلاحظ أن جوهر الفحص النفسى واحد، وأن قدراً كبيراً من المضمون أو المعلومات متماثل فى أغلب الأحيان.

البيانات الأساسية:

ويشمل هذا القسم البيانات الأساسية عن المريض مثل : اسم المريض، رقم الحالة، السن، الطول، الوزن ، والنوع: ذكر أو أنثى، والحالة الإجتماعية: متزوج،

أعزب ، مطلق، أرمل، الخ. ولاشك أن هذه البيانات هامة جداً فى إعطاء صورة عن تلك الجوانب الأساسية من حياة المريض.

١ – طبيعة المشكلة:

الشكوى :

ونسجل هنا الشكوى التى أتى بسببها المريض إلى العيادة أو التى ذكرها المريض أو الأهل presenting problem. ويحسن أن نسجل هنا ماورد حرفياً على لسان المريض أو الأسرة فى وصف المشكلة. ويلاحظ أن الشكوى التى يأتى بها المريض إلى العيادة النفسية قد تختلف كثيراً أو قليلاً عما يراه الأخصائى النفسى سواءً خلال الجلسة الأولى أو بعد ذلك عن طبيعة المشكلة الحقيقية للمريض. ولكن من المهم تسجيل شكوى المريض أو الأسرة لأنها تلقى الضوء على تصور المريض للمشكلة وكيفية تعامل المريض أو الأسرة معها ولأنها الواقع الملموس بالنسبة لهم. كما أن علينا أن نتعامل مع المريض باللغة التى يفهمها. كذلك يلاحظ أن الشكوى ليست عبارة عن أعراض مرضية أو فئات تشخيصية، بل هى غالباً عبارة عن وصف محدد لما يحدث فى الحياة اليومية للمريض.

مصدر التحويل:اسم الشخص والجهة التى قامت بالتحويل ورقم التليفون:

وهنا نذكر بالتفصيل اسم الشخص الذى قام بتحويل المريض إلى العيادة أو المستشفى، والجهة أو المؤسسة التى يعمل بها إن وجدت. ولهذه المعلومات أهميتها من حيث أنها تمكننا من الحصول على معلومات قيمة عن المشكلة، وعن مدى استعداد المريض للمساهمة فى العملية العلاجية أو مقاومته لها. فمثلاً قد يكون المريض أكثر تعاوناً إذا تم تحويله عن طريق طبيب العائلة عما لو كان قد تم تحويله عن طريق الشرطة أو المحاكم. كذلك فقد نحتاج للإتصال بمصدر التحويل فيما بعد للمتابعة، أو لمساعدة المريض، أو للحصول على مزيد من المعلومات. وبالطبع لابد أن تكون الاتصالات بموافقة المريض نفسه كتابياً.

سبب التحويل:

ونعرض هنا الأسباب التى أدت إلى تحويل المريض. ويلاحظ أن هذه الأسباب قد تتفق أو تختلف مع الشكوى التى يذكرها المريض نفسه.

الأعراض الرئيسية :

ونسجل هنا بإيجاز الأعراض المرضية التى يعانى منها المريض، سواء فى ذلك تلك الأعراض التى يشكو منها المريض أو تلك التى لاحظناها خلال المقابلة أو عرفنا

بوجودها من مصادر أخرى. ومن أمثلة الأعراض التى يمكن ذكرها هنا: الإكتئاب، أو القلق، أو صعوبة النوم، أو فقدان الشهية للطعام، أو إفراط الحركة واضطراب الإنتباه ...الخ.

٢ – التاريخ العلاجى السابق:

يلقى التاريخ السابق للعلاج الضوء على طبيعة المشكلات النفسية التى واجهت المريض فى السابق، وعلى العلاجات التى استخدمت فى الماضى للتغلب على هذه المشكلات. وهذا يساعد فى تحديد ما إذا كنا بصدد مشكلة مزمنة أم غير مزمنة، كما أنه قد يلقى الضوء على العلاجات التى كانت أكثر فعالية فى الماضى مع هذا المريض، وعن مدى تعاون المريض أو التزامه بالعلاج فى الماضى. كذلك فإن هذه المعلومات تسهل الحصول على صور من ملفات العلاج السابقة بالمؤسسات الأخرى.

العلاج الداخلى بالمستشفيات :

عدد المرات بالتقريب: ....

الأماكن التى تم فيها العلاج والتواريخ (بالتقريب): ....

الخدمات العلاجية الأخرى:

ونذكر هنا الخدمات العلاجية الأخرى التى سبق للمريض أن تلقاها فى أماكن أخرى خارج نطاق المستشفيات، من قبيل العلاج الخارجى أو الإرشاد العائلى أو غير ذلك.

الاستجابة السابقة للأدوية والعلاجات الأخرى:

هل تحسنت حالة المريض أم انتكست أم بقيت كما هى كنتيجة للعلاجات التى تلقاها فى الماضى، وهل كان المريض متعاوناً فى تلقى العلاج؟

المظاهر السلوكية التى تنذر بحدوث انتكاس فى حالة المريض:

مثلاً هل يبدأ انتكاس المريض بإهمال المظهر أو النظافة، أو بالعزلة والانطواء، أو بالدخول فى مشادات أو مجادلات كثيرة أو بشرب الخمور أو تعاطى المخدرات. وتفيد هذه المعلومات فى متابعة حالة المريض، ومدى اتباعه للخطة العلاجية، ولمحاولة منع الإنتكاسات قبل حدوثها. فيمكن للمعالج فيما بعد إذا لاحظ هذه البوادر السلوكية أن يتخذ الإجراءات اللازمة لمنع تدهور حالة المريض.

٣- تاريخ النشأة أو النمو:

يلقى هذا الجزء الضوء على نشأة الشخص منذ الطفولة، وعلى الظروف التى مر بها منذ الميلاد، سواء فى ذلك الظروف الأسرية أو الصحية أو الإجتماعية أو الثقافية أو غيرها. كما يلقى الضوء على علاقة الوالدين معا وما إذا كانت هناك ظروف طلاق أو انفصال أو وفاة فى العائلة ...الخ.

محل الميلاد : ....

ترتيب الميلاد (بين الإخوة والأخوات): ....

عدد الإخوة والأخوات: ذكور: .... إناث: ....

علاقة الوالدين معاً: متزوجان .... مطلقان .... أخرى: ....

المؤثرات الأساسية على حياة المريض وعلى الشكوى الحالية: مثل العوامل الوالدية، والوراثية، والطبية، والاجتماعية، والثقافية التى مر بها المريض والتى يحتمل أن تكون قد أثرت عليه بشكل أو آخر.

الحوادث أو الصدمات السابقة:

ونسجل هنا أية حوادث مر بها الشخص، خاصة الصدمات النفسية أو حوادث الإعتداء أو العنف من أى نوع، ويشمل ذلك أية أحداث وقعت للشخص منذ الطفولة وحتى الآن.

٤- الهجرة والتكيف للمجتمع:

المنطقة أو البلد الأصلى الذى أتى منه الشخص: ....

تاريخ الهجرة إلى المنطقة الحالية: ....

اللغة أو اللهجة الأصلية: ....

مدى الرضاء عن الموطن الحالى: ....

٥- الظروف المعيشية والأسرية الحالية:

الشخص يعيش حالياً .... وحيداً .... مع أسرة صغيرة (مباشرة) ....

مع أسرة ممتدة .... غير ذلك: ....

المشكلات السكنية: ....

تركيب الأسرة وديناامياتها:

يهمنا هنا أن نكون صورة دقيقة عن الظروف الأسرية التى يعيش فى ظلها

الشخص. ولهذه المعلومات أهميتها البالغة فى العملية الإكلينيكة التشخيصية والعلاجية. فكثيراً ما تكون مشكلات المريض انعكاساً للمشكلات العائلية، مثل اختلاط أو اضطراب الأدوار الأسرية، أو وجود عنف أو إهمال داخل الأسرة أو وجود حالات مرض مزمن أو وفاة أو غياب طويل الأمد لأحد أعضاء الأسرة. كما يهمنا التعرف على ديناميات التفاعل داخل الأسرة،

الاسم	السن	العلاقة	المقر الحالى
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....

٦- نسق الدعم الإجتماعى:

ونذكر هنا الأنساق والعلاقات الإجتماعية المساندة للشخص والتى يستمد منها الدعم المعنوى والاجتماعى مثل الأسرة أو الأب أو الأم أو الإخوة أو الأصدقاء أو غيرهم.

٧- التعليم :

أعلى درجة أو مرحلة تعليمية أتمها الشخص: ....

أين أتمها؟ ....

المستوى التحصيلى العام للشخص: ....

التعليم الخاص أو إعاقات التعلم: ....

مدى رضاء الشخص عن مستواه التعليمى: .... راض .... غير راض

الحاجات أو الأهداف التعليمية الحالية: ....

٨- العمل (التاريخ المهنى أو التجنيدى):

العمل الحالى: ....

التاريخ المهنى ومهارات العمل: ....

الرضاء المهنى: .... راض .... غير راض

احتاجات النمو المهنى: ....

تاريخ الخدمة العسكرية: .... لا .... نعم

٩- الحالة المادية:

مقدار الدخل السنوى (أو الشهرى): .... للفرد .... للأسرة

مصدر الدخل: .... العمل .... المعاش .... ميراث أو ممتلكات .... غير ذلك: ....

المهارة فى موازنة الدخل والمصروف: .... ممتازة .... كافية .... محدودة

المشكلات المادية والحلول المطروحة: ....

....

١٠- أسلوب الحياة الحالى ومجالات الترفيه:

النشاط اليومى الإعتيادى: ....

الهوايات والميول: ....

١١- الوضع القانونى :

نذكر هنا الوضع القانونى للشخص إن وجد، مثل وجود وصى، أو ما إذا كان فى انتظار المحاكمة، أو انتظار الحكم، أو الانفصال، أو الطلاق، أو المراقبة، أو السجن.. الخ. كما نسجل اسم وعنوان المحامى إن وجد، مع إعطاء بعض التفاصيل عن المشكلات القانونية.

١٢- الإنتماء الدينى أو الروحى: ....

١٣- تعاطى أو إدمان المخدرات:

اسم المخدر	العمر عند أول تعاطى	الكمية خلال ٤٨ ساعة	الكمية خلال الشهر الأخير	أطول فترة عدم تعاطى
الكحوليات	....	....	....	....
المهدئات	....	....	....	....
المنومات	....	....	....	....
الحشيش	....	....	....	....
مشتقات الأفيون	....	....	....	....

اسم المخدر	العمر عند أول تعاطى	الكمية خلال ٤٨ ساعة	الكمية خلال الشهر الأخير	أطول فترة عدم تعاطى
الهيروين	....	....	....	....
الكوكايين	....	....	....	....
المهلوسات	....	....	....	....
أخرى	....	....	....	....

أعراض الإدمان أو التعاطى:– تشنجـــات[١] : ....

– تحمـــــــل[٢]: ....

– فقدان الذاكرة[٣] : ....

– الإنكــــار[٤] : ....

أعراض التحمل: ....

أعراض الإنقطاع[٥] عن التعاطى: ....

تأثير الإدمان على جوانب الحياة المختلفة للشخص: ....

....

ظروف التعاطى: .... وحيداً .... مع آخرين

أماكن التعاطى: ....

طرق التعاطى: ....

تعاطى مخدرات متعددة[٦]: ....

التاريخ العلاجى السابق للإدمان: ....

هل يتلقى الشخص أى علاج للإدمان حالياً ؟ .... نعم .... لا

أين؟ ....

1 - Seizures.
2 - Tolerance.
3 - Blackouts.
4 - Denial.
5 - Withdrawal.
6 - Polysubstance abuse.

تاريخ الإدمان بالأسرة :

يذكر الأخصائى هنا المعلومات المتصلة بالإدمان بالأسرة. ويوضح ماإذا كان هناك استعمال كثير أو متوسط أو قليل للخمور، أو للمخدرات، أو ماإذا كان الشخص مدمناً على الكحول أو المخدرات، أو ماإذا كان الشخص قد توقف عن التعاطى بعد أن كان مدمناً أو يوضح ما إذا كان الشخص يتجنب استعمال الخمور أو المخدرات.

الأب: ....

الأم : ....

الزوج أو الزوجة: ....

الإخــوة : ....

الأصدقاء: ....

هل عبر المريض عن رغبته فى علاج مشكلة الإدمان؟ .... نعم .... لا

ما هو مقدار الدافع لعلاج الإدمان فى الوقت الحاضر؟

...... قوى .... متوسط .... ضعيف

١٤- فحص الحالة العقلية[٧]:

لفحص الحالة العقلية أهمية خاصة فى العملية الإكلينيكية. فهو الأساس الذى نستخدمه للوصول إلى تصور واضح لطبيعة المشكلات أو الأعراض المرضية التى يعانى منها المريض فى مجالات السلوك المختلفة. ونحن نقوم بهذا الفحص بعد جمع المعلومات المختلفة واعتماداً على ملاحظاتنا خلال المقابلة. ويعرف كابلان وسادوك Kaplan & Sadock فحص الحالة العقلية على أنه "الفحص الذى يصنف ويصف مجالات وعناصر الأداء العقلى التى نعتمد عليها فى تكوين انطباعاتنا وتصنيفاتنا التشخيصية". (من خلال: Cormier & Cormier, 1985, P.178)

أ - المظهر

.... ملائم

.... غير ملائم

.... مهمل unkempt

.... الإفتقار إلى النظافة poor hygiene

.... غير منسق poor grooming

7 - mental status.

.... محفلط (اهتمام زائد بالمظهر) meticulous
.... أخرى: ....

ب- الوجدان affect

.... سوى
.... غير ملائم
.... متبلد blunted
.... متقلص constricted
.... ضحل shallow
.... متقلبlabile
.... أخرى

جـ- المزاج mood

.... سوى
.... عدوانى hostile
.... قلق anxious
.... مكتئب depressed
.... سريع الغضب irritable
.... مبتهج elated

د- مفهوم الذات self-cocept

.... إيجابى
.... سلبى
.... متعاظم grandiose
.... يشعر بالضعة deprciated
.... أخرى

هـ- السلوك أثناء المقابلة

.... سوى
.... متهيج agitated

.... يبكى
.... صامت mute
.... صوت مرتفع
.... صوت منخفض
.... مسترخى بدرجة غير عادية
.... لازمات سلوكية غريبة mannerisms
.... خلجات tics
.... متصلب العضلات rigid
.... صياح shouting

و- الاتصال والتفاعل

.... سوى
.... لحوح demanding
.... مباشر / قوى direct/ forceful
.... منسحب withdrawn
.... حذر guarded
.... درامى dramatic
.... عنيد الرأى opinionated
.... سلبى
.... مضغوط pressured
.... بطىء
.... سريع
.... مراوغ evasive
.... أخرى

ز- محتوى التفكير thought content

.... سوى
.... منحبس blocking
.... عارض circumstantial
.... صدوى echolalic

.... تطاير الأفكار flight of ideas

.... الشعور بالعظمة grandiosity

.... غير متماسك incoherent

.... قصور ذاتى perseveration

.... تدين religiosity

.... سخيف silliness

.... تداعيات مفككة loose associations

.... أخرى

ح- الوعى بالإتجاه orientation

.... سوى

.... تائه disoriented : عن

.... الأشخاص

.... المكان

.... الزمان

.... الذات

.... أخرى

ط- الاستبصار insight

.... جيد

.... هامشي

.... غائب

ي- الهذاءات (الضلالات) delusions

.... غير موجودة

.... المتعاظمة grandiose

.... الاضطهادية persecutory

.... الدينية

.... أخرى

ك- الإدراك

.... سوى

.... إحساسات غير سوية

.... خداع الحواس illusions

.... هلاوس hallucinations :

أنواع الهلاوس: .... سمعية .... بصرية

.... جسمية .... شمية

.... لمسية .... أخرى

١٥- إحتمالات الإنتحار أو القتل .... نعم .... لا

التفكير .... التكرار .... الطريقة .... متى ....

المحاولة .... التكرار .... الطريقة .... متى ....

١٦- التوجه نحو أهداف الحياة life goal orientation:

يهمنا هنا أن نقيم مدى تأثير الحالة النفسية التى يعانى منها المريض على وضوح وكفاءة اختياره لأهدافه فى الحياه، وعمله على تحقيق هذه الأهداف.

.... لايوجد خلل .... خلل خفيف .... خلل شديد

اختيار الأهداف: .... مضطرب .... غير مضطرب

تحقيق الأهداف: .... مضطرب .... غير مضطرب

تعليق على التوجه نحو الأهداف: ....

١٧- الدافع للعلاج: .... جيد .... متوسط .... ضعيف .... أخرى

١٨- العلاقة الإكلينيكية مع الأخصائى بوجه عام: .... جيدة .... متوسطة .... ضعيفة

١٩- مدى الثقة بالمعلومات التى قدمها المريض:

.... المعلومات يوثق بها .... المعلومات لايوثق بها ....

أخرى: ....

٢٠- توقعات المريض من العلاج: ....

٢١- الحالة الصحية: ...... جيدة ...... مشكلات صحية: ....

....

هل هناك حاجة لتحويل المريض للفحص الطبى؟ .... نعم .... لا

هل هناك حاجة لعلاج الأسنان؟ .... نعم .... لا

٢٢- نواحى القوة والضعف لدى المريض:

جسميـــاً: ....

معرفيـــاً: ....

اجتماعياً: ....

انفعاليـــاً: ....

أخـــرى: ....

٢٣- التقييم الإكلينيكى:

يقدم هذا القسم تقييماً شاملاً يلخص كل الأقسام السابقة وذلك بهف إعطاء صورة واضحة عن المريض ولتقديم مبررات أو حيثيات التشخيص.

ويشمل التقييم أجزاءً مفصلة نوعاً عن كل مما يأتى:

التعريف:

الشكوى والتاريخ السيكياترى : ....

التاريخ النموى والتربوى والمهنى والشخصى: ....

التاريخ الأسرى: ....

ملخص الحالة العقلية: ....

٢٤- التشخيص المبدئى:

المحور الأول: (الزملة الإكلينيكية) clinical syndrome: ....

المحور الثانى: الشخصية: ....

المحور الثالث: الأمراض الجسمية: ....

المحور الرابع: الضغوط النفسية الإجتماعية: ....

مدى شدة الضغوط: (ضع دائرة حول إحدى الدرجات التالية):

...... لاتوجد ...... قليلة ...... خفيفة ...... متوسطة ...... شديدة ...... شديدة جداً ...... كارثة

المحور الخامس: أعلى مستويات الأداء هذا العام: (ضع دائرة حول إحدى الدرجات التالية):

١- ممتاز ٢- جيد جداً ٣- جيد ٤- متوسط ٥ - سيئ ٦- سيئ جداً
٧- إختلال شديد

٢٥- خطة العلاج المبدئية:

بعد التحديد الدقيق لمشكلات المريض وبعد الوصول إلى تشخيص مبدئى للحالة، يتعين على الأخصائى أن يضع خطة مبدئية للعلاج. وتستخدم هذه الخطة المبدئية فى توجيه الخدمات العلاجية التى تقدم للمريض عقب الفحص النفسى الإجتماعى، وذلك إلى أن يتم وضع الخطة العلاجية الشاملة واعتمادها عن طريق الفريق العلاجى. وقد جرى العرف فى العيادات النفسية الأمريكية على أن صلاحية الخطة المبدئية تستمر لمدة خمسة أسابيع فقط يتم خلالها إعداد واعتماد الخطة العلاجية الأساسية. ويلاحظ أن الخطة المبدئية تشتمل على عدة أقسام وتغطى مختلف الخدمات والعلاجات التى يحتاج إليها المريض وكذلك النظام المتبع فى العلاج.

الخطة المبدئية للعلاج:

.... التحويل للمستشفى النفسى .... التحويل للمستشفى الطبى .... العلاج الفردى .... العلاج الأسرى .... العلاج الجمعى .... العلاج بالأنشطة .... التأهيل النفسى- الإجتماعى .... العلاج بالأدوية الطبية-النفسية

جدول العلاج

.... جلسة أسبوعياً .... كل أسبوعين .... شهرياً .... أخرى

التحويل للمؤسسات والجهات الأخرى:

علاج الإدمان: ....

الخدمات القانونية: ....

الخدمات التربوية: ....

المساعدات المالية: ....

الإسكان: ....

الوصاية: ....

المواصلات: ....

أى تحويلات خاصة أخرى: ....

٢٦- محكات إنهاء الخدمات العلاجية: ....

....

يحدد هذا البند المحكات التى سوف يتم استخدامها لتقرير ما إذا كان المريض قد وصل إلى الدرجة المطلوبة من التحسن والتى يمكن عندها انهاء الخدمات العلاجية أو تحويل المريض مثلاً من العلاج الداخلى بالمستشفى إلى العلاج الخارجى بالعيادة النفسية. ولهذه المحكات أهميتها أيضاً حتى لاتطول فترة العلاج لأكثر مما يحتاج إليه المريض.

٢٧- إعتماد الخطة العلاجية:

بعد مناقشة الخطة العلاجية فى اجتماع الفريق العلاجى الذى يضم أعضاء مـــن تخصصات الطب النفسى، وعلم النفس، والخدمة الإجتماعية، وغيرها، يتم التوقيع على الخطة من جانب ممثل عن كل تخصص.

٤

الفصل الرابع
الاختبارات النفسية في الفحص الإكلينيكي

الفصل الرابع
الاختبارات النفسية فى الفحص الإكلينيكي

ارتبط القياس النفسى فى الأذهان ارتباطاً وثيقاً بدور الأخصائى النفسى، إلى درجة أن البعض أطلق على الأخصائى النفسى اسم "أخصائى القياس النفسى" كما لو أن ذلك هو جل ما يستطيع القيام به. وللحقيقة فإن استخدام المقاييس النفسية قد واكب نشأة هذه المهنة وتطورها الكبير خاصة فى أعقاب الحرب العالمية الثانية. وفى وقت من الأوقات كانت الاختبارات النفسية تجرى بصورة روتينية تقريباً على كل مريض يدخل المستشفى أو العيادة النفسية. وتستخدم الاختبارات النفسية فى الوقت الحاضر فى العيادة النفسية فى أغراض متعددة منها مثلاً المساهمة فى عملية التشخيص السيكياترى، والتعرف على مدى التقدم أو التدهور المترتب على استخدام أساليب علاجية معينة، وفى رسم الخطة العلاجية، وتحديد مدى إمكانية استخدام العلاج النفسى مع المريض، كما تستخدم فى أغراض التوجيه التربوى والمهنى للمرضى النفسيين.

وفى العيادة النفسية تترجم هذه الأغراض السالفة الذكر إلى أسئلة أو مشكلات محددة من خلال مناقشة الفريق الإكلينيكى لحالة المريض، حيث توضح المناقشة تلك الأسئلة التى تحتاج إلى استخدام الإختبارات النفسية للإجابة عليها. ويمكن بذلك أن تساعد فى إلقاء الضوء على طبيعة المشكلات التى يعانى منها المريض. ومن أمثلة ذلك:

١- هل يعانى المريض من حالة عضوية (مثل إصابات الجهاز العصبى)، أو من حالة ذهان وظيفى كالفصام مثلاً؟
٢- هل المريض ذهانى أم عصابى؟
٣- هل ترجع مشكلات المريض إلى انخفاض ذكائه عن المستوى اللازم للتوافق مع متطلبات العمل أو الدراسة أو التعامل مع الآخرين؟
٤- هل يسمح مستوى الأداء الحالى للوظائف النفسية بإعطائه أنواعاً خاصة من العلاج؟ مثال ذلك فحص الذكاء للتعرف على إمكانية استخدام أشكال معينة من العلاج النفسى تتطلب مستوى مرتفعاً من التفكير التجريدى والتحليل المنطقى، أو قياس الذاكرة للتعرف على مدى إمكانية استخدام العلاج بالصدمات الكهربية والتى يعرف عنها أنها تؤثر سلبياً على ذاكرة المريض؟

٥- ما مستوى المريض فى سمات معينة للشخصية كالإنحراف السيكوباتى أو القدرة على تحمل الإحباط؟

وعندما تتضح الحاجة إلى الإجابة على هذه التساؤلات يتم تحويل المريض إلى الأخصائى النفسى الإكلينيكى لتطبيق الاختبارات النفسية المناسبة للمعاونة فى الإجابة عليها. أى أنه يتم تحويل المريض إلى الأخصائى النفسى للإجابة على أسئلة محددة وليس لمجرد إجراء مجموعة روتينية من الاختبارات. وفى الولايات التحدة تتطلب بعض شركات التأمين الصحى أن يتم هذا التحويل بموافقة الطبيب. وتستخدم عادة صيغة خاصة لتحويل المريض للفحص النفسى. ومن أمثلتها النموذج التالى (شكل (٤-١):

REFERRAL FOR PSYCHOLOGICAL TESTING

Name: .... Date ..../........./.........
Age: .... Referred By: ....
Problem: ....
....
....

Testing To:
Rule Out Dementia ( )
Rule Out Psychotic Disorder ( )
Assess Personality Disorder ( )
Assess Intellectual Level of Functioning ( )
Other: ....
Remarks: ....
....
....
....

Signature
....

شكل (٤-١) نموذج لتحويل المريض للفحص النفسى

وبناءً على هذا التحويل يقوم الأخصائى النفسى الإكلينيكى بوضع خطة للفحص السيكولوجى وتطبيق الاختبارات. فيقوم باختيار المقاييس المناسبة التى يمكن بواسطتها الإجابة على الأسئلة المطروحة عليه. ويعتمد الأخصائى فى اختياره للاختبارات على نوع الأسئلة المطروحة، وعلى خصائص المريض كالعمر، ومستوى النمو العقلى، والخلفية الثقافية والاجتماعية للمريض، كما يعتمد اختياره على وجهته النظرية فى علم النفس، هل هى وجهة سلوكية أم دينامية. كما يعتمد أيضاً على معرفة الأخصائى بالخصائص السيكومترية للإختبارات ومدى ملاءمتها لمقتضى الحال. ذلك أن الاختبار النفسى ليس مجرد مجموعة من الأسئلة أو البنود اللفظية أو العملية أو المصورة أو المسموعة، بل هو فى حقيقة الأمر أداة علمية لابد وأن يتوفر فيها عدد من الخصائص والشروط الهامة. فالاختبار النفسى كما تقول أنستازى هو" مقياس موضوعى ومقنن لعينة من السلوك" (A. ANASTASI, 1988,p.23). وسوف نناقش هذا التعريف بإيجاز فيما يلى:

خصائص الاختبار النفسي :

١ – الاختبار النفسى مقياس لعينة من السلوك:

فهنا يشبه الأخصائى النفسى فى عمله الكيميائى عندما يريد تحليل كميات ضخمة من المواد. فهو لايقوم بتحليل كل الكميات المراد دراسة محتوياتها، بل يقوم بدلاً عن ذلك بأخذ عينة محدودة من تلك المادة ليجرى عليها التحليلات اللازمة. ولكى تكون تلك التحليلات علمية ودقيقة، فإنه يتعين عليه أن يأخذ عينات تمثل تمثيلاً جيداً كل كميات المادة الأصلية. وتعتمد دقة النتائج وسلامتها على درجة الدقة فى اختيار العينات. ويصدق القول ذاته على المقاييس النفسية. ففى قياس القدرة اللفظية مثلاً عندما نريد معرفة مقدار الرصيد اللغوى للفرد، لانسأله عن كل المفردات التى يعرفها، بل بالأحرى نسأله عن عينة محدودة من المفردات التى تمثل المستويات المختلفة من المهارة اللفظية والأنواع المختلفة من المفردات. وكذلك الحال فى قياس الذكاء أو الشخصية .. فنحن هنا لانختبر كل استجابات الفرد لكل المواقف بأنواعها المختلفة، بل نختبر عينة محدودة تمثل الاستجابات الأصلية.

٢ – الموضوعية objectivity:

وتعنى الموضوعية التحرر من التحيزات الشخصية فى الحكم على المفحوص وأن لاتتأثر النتائج بالآراء الشخصية للقائم بالفحص ولا باختلاف الفاحصين. وتتضح الموضوعية فى كل خطوات القياس. فهى تتضح فى تطبيق الاختبار، وتصحيحه،

وتفسير نتائجه. وبدون هذه الموضوعية تتعرض نتائج القياس للتشويه الشديد كما تفقد مصداقيتها.

٣- التقنين :

ويعنى التقنين standardization توحيد بنود الاختبار وإجراءات التطبيق والتصحيح جميعها. ويرتبط ذلك أيضاً بتوحيد اجراءات التفسير، وذلك عن طريق إعداد المعايير المستخدمة فى تفسير الاختبار. ولاشك أن توحيد إجراءات تطبيق الاختبار وتصحيحه أمر هام وأساسى لكى نتمكن من مقارنة درجات الفرد بغيره من الأفراد كى نتعرف على المستوى النسبى لأداء الفرد مقارناً بغيره من الأفراد.

ويتضح التقنين فى توحيد ظروف تطبيق الاختبار، والتعليمات الشفهية التى نقدم بها الإختبار للمفحوص، والأمثلة التوضيحية المستخدمة فى شرح طبيعة الاختبار وكيفية الإجابة عليه. كذلك يتم تحديد زمن تطبيق الاختبار، وكيفية الإجابة على الأسئلة التى يحتمل أن يطرحها المفحوصون أثناء جلسة تطبيق الاختبار. كما يتضح التقنين فى توحيد الطريقة المستخدمة فى تصحيح استجابات المفحوصين على كل بند من بنود الاختبار. وقد يتطلب ذلك القيام بإعداد نماذج محددة للإجابات الصحيحة يتم مقارنة إستجابات المفحوص بها.

ولاشك أن هذه الاجراءات عظيمة الأهمية من أجل إمكان مقارنة أداء الفرد بغيره من الأفراد، إلى جانب أنها ضمان لتحقيق الموضوعية فى التطبيق والتصحيح.

٤- المعايير :

بعد الإنتهاء من تطبيق الاختبار على المفحوص يتم تصحيح الإجابات، وبذلك يحصل المفحوص على درجة تسمى بالدرجة الخام raw score. وهذه الدرجة الخام ليس لها معنى فى حد ذاتها بل لابد من أن نقارن درجة المفحوص بالدرجات التى حصل عليها الأفراد المشابهون له فى مجتمعه. وهذه المقارنة هى التى تمكننا من أن نعرف المستوى النسبى للفرد بالمقارنة بغيره من الأفراد. وهذا وحده هو مايعطى لدرجة الفرد معنى. ولهذا يتعين علينا قبل الاستخدام الفعلى للاختبار وفى مرحلة التقنين أن نقوم بإعداد معايير الاختبار. ويتم إعداد المعايير عن طريق تطبيق الاختبار على عينة كبيرة نسبياً تمثل الجمهور الأصلى، وتشبه الجمهور الذى نعتزم استخدام الاختبار معه. وبناء على ذلك نقوم بإعداد المعايير التى نستخدمها فيما بعد عندما نقوم باختبار أحد الأفراد حيث نقارن درجته بتلك المعايير .. بحيث تصبح المعايير بمثابة

مرجع يتم على ضوئه تفسير الدرجة التى يحصل عليها أى فرد نقوم باختباره فيما بعد. وتكون هذه المعايير متضمنة عادة فى كتيب الاختبار.

أنواع المعايير :

هناك عدة أنواع من المعايير نعرض لها بإيجاز فيما يلى:

١- **الدرجات العمرية:** ويستخدم هذا النوع من المعايير فى الاختبارات التى تقيس النمو العقلى بشكل خاص حيث يمكن ترجمة درجة المفحوص إلى درجات عمرية من قبيل العمر العقلى mental age، كما يمكن قسمة العمر العقلى على العمر الزمنى للحصول على نسبة الذكاء IQ.

٢- **المئينات:** ويشير المئين percentile إلى النسبة المئوية للأفراد فى عينة التقنين الذين تقع درجاتهم تحت درجة المفحوص، وبذلك فإن المئين يعطينا فكرة عن مستوى الفرد بالمقارنة بأفراد عينة التقنين.

٣- **الدرجات المعيارية** standard scores: وتشير الدرجةالمعيارية للفرد إلى مستوى ذلك الفرد بالمقارنة بمتوسط درجات أفراد عينة التقنين. ويقاس مقدار بعده عن المتوسط بدرجات وكسور الإنحراف المعيارى بحيث نعرف مقدار بعده عن المتوسط زيادة أو نقصاً. وتتراوح الدرجات المعيارية للفرد بين + ٣.٠٠ – ٣.٠٠. وتحتوى عادة على كسور عشرية. وللتغلب على مشكلة الكسور العشرية والإشارات السالبة، يلجأ بعض علماء النفس إلى استخدام الدرجات المعيارية المعدلة، وذلك باستخدام معادلة خاصة للقضاء على الكسور والإشارات السالبة. ومن أكثر الدرجات المعيارية المعدلة شيوعاً فى القياس النفسى مايسمى بالدرجات التائية T. scores.

٥- الثبات reliability :

ويعنى الثبات كما تقول أنستازى "اتساق[1] الدرجات (أى عدم تناقضها) والتى يحصل عليها نفس الأفراد إذا قمنا بإعادة اختبارهم بالمقياس نفسه أو بصورة مكافئة منه" (A. Anastasi, 1988, p. 27) أكثر من مرة. إذ لابد وأن تكون النتائج متسقة مع نفسها فى حالة إعادة الفحص لكى نستطيع الاعتماد على الاختبار. أما إذا كان الإختبار يؤدى إلى نتائج متناقضة عند إعادة استخدامه فإننا لانستطيع الوثوق به أو الاعتماد عليه. والواقع أننا فى العلوم المختلفة قد نقبل فروقاً طفيفة عند تكرار القياس، عندما

---

1 - Consistency.

لاتتجاوز هذه الفروق مليمترات قليلة عند قياس ارتفاع أحد الجدران مثلاً، بينما قد نقبل الفروق إذا كانت أقل من المليمتر عند قياس أشياء أصغر من ذلك، ويمكننا أن نقبل فروقاً قد تصل إلى الأميال إذا كنا بصدد قياس مسافات شاسعة، كما هو الحال فى علم الفلك عندما نقيس المسافات بين الكواكب مثلاً. وبالطبع إذا زادت تلك الفروق عن الحد أو المستوى المقبول علمياً فإننا نشك فى سلامة المقياس نفسه. إذ لابد من توافر شرط الثبات لكى نستطيع الوثوق بنتائج الاختبار والاعتماد على نتائجه ولكى يكون المقياس مقبولاً أيضاً كأداة علمية. وهناك عدة طرق لتقدير الثبات. وسوف نستعرض هنا بإيجاز أهم تلك الطرق:

أ – الثبات بإعادة تطبيق الاختبار test-retest reliability:

ويتم تقدير الثبات هنا بتطبيق الاختبار نفسه (أو تطبيق صورتين متكافئتين منه) مرتين على عينة التقنين. ويفصل بين التطبيق الأول والثانى فترة زمنية ملائمة (تبعاً لنوع الاختبار والسمة المراد قياسها. ثم نقوم بعد ذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التى حصل عليها أفراد العينة فى المرتين فنحصل بذلك على معامل الثبات. ويمكننا بفضل معامل الثبات الذى حصلنا عليه هنا (والذى يمكن تسميته فى هذه الحالة بثبات الاستقرار) أن نعرف إلى أى حد تعكس درجات الاختبار الاستقرار النسبى للسمة التى يقيسها الاختبار. فالمفروض أن السمة التى يقيسها الاختبار لها درجة من الاستقرار النسبى، وإلاَ لما كان هناك مبرر لقياسها لو كانت دائمة التغير. ولابد من التحقق من أن درجات الاختبار لها هذه الخاصية أى خاصية الاستقرار النسبى. على أنه ينبغى الاحتياط عند دراسة هذا النوع من الثبات من تدخل عوامل التذكر أو التدريب فى رفع معامل الثبات بشكل زائف وغير حقيقى. كما يجب أن نأخذ فى اعتبارنا أية خبرات (تعليمية أو تدريبية أو صحية أو علاجية... الخ) فيما بين التطبيق الأول والثانى.

ب– الثبات بطريقة الصور المتكافئة equal-forms reliability :

عندما تتوفر لدينا صورتان متكافئتان من نفس الاختبار، فإننا نستطيع أن نطبق الصورتين معاً على عينة الثبات ، ونحسب معامل الارتباط بين الدرجات التىحصل عليها أفراد العينة على كل منهما. وفى هذه الحالة لايتطلب الأمر فاصلاً زمنياً كبيراً نظراً لاختلاف مضمون البنود بين الصورتين. فمن الممكن تطبيقهما الواحدة تلو الأخرى مباشرة فى نفس الجلسة لو كان ذلك ممكناً. ويقيس الثبات هنا مدى تمثيل عينتى البنود فى كلا الصورتين للسمة المراد قياسها.

ومن الممكن تطبيق الصورتين بفاصل زمنى أكبر، وفى هذه الحالة يعبر معامل الثبات عن كل من جودة تمثيل البنود للسمة من ناحية، ومدى الاستقرار الزمنى لنتائج الاختبار من ناحية أخرى.

وفى حالة توفر صورتين متكافئتين من نفس الاختبار فإنه يتحتم أن يورد كتيب الاختبار المعلومات اللازمة عن متوسطات الدرجات وتباينها على كل صورة منهما، وكذلك معامل الارتباط بين الصورتين، بحيث يستطيع مستخدم الاختبار أن يقيم مدى التكافؤ بينهما.(APA, 1974)

جـ- الثبات النصفى split-half reliability :

يمكننا حساب الثبات بتقسيم الاختبار إلى نصفين متكافئين. ويلاحظ أن هذا التقسيم يتم عند تصحيح الاختبار وليس عند التطبيق. فمثلاً يمكننا تقسيم الاختبار عند تصحيحه إلى مجموعتين من البنود: مجموعة البنود الفردية ومجموعة البنود الزوجية. ثم نقوم بحساب درجة مستقلة لكل منهما. وبعدها نقوم بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التى حصل عليها أفراد العينة على كل من النصف الفردى والنصف الزوجى. ونظراً لأن طول الاختبار يؤثر على حجم الثبات فإننا نستخدم معادلة تصحيح خاصة وذلك لكى نقوم بتقدير معامل الثبات للاختبار بكامل طوله (وهو أكبر بالطبع من ثبات نصف الاختبار). وتستخدم فى هذا الصدد معادلة سبيرمان- براون Spearman-Brown. ومما يجدر ملاحظته أن حساب الثبات بتنصيف الاختبار لايصلح لتقدير ثبات الاختبارات التى تعتمد درجاتها على سرعة الأداء.

د- ثبات المصححين scorer-reliability:

يعتمد تصحيح بعض الاختبارات على التقدير الذى يعطيه المصححون لاستجابات المفحوص على الاختبار، حيث لايعتمد التصحيح فى هذه الحالة على استخدام مفاتيح تصحيح موضوعية. ومن أمثلة ذلك مقاييس الإبداع ومعظم الاختبارات الاسقاطية واختبار بندر_جشطلت. وفى هذه الحالة لابد من حساب ثبات المصححين. والأسلوب المتبع هو أن يقوم اثنان من المصححين بتصحيح نفس المجموعة من أوراق الإجابة مستقلين أحدهما عن الآخر. وقبل القيام بعملية التصحيح يتم تدريب المصححين على اتباع نفس الإجراءات فى عملية التصحيح. وبعد قيامهما بعملية التصحيح يتم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التى أعطاها كل منهما لنفس العينة من أوراق الإجابة. ويعكس هذا النوع من الثبات مدى الموضوعية والذاتية فى تصحيح الاختبار.

٦- الصدق Validity:

يعتبر الصدق واحداً من أهم متطلبات الاختبار الجيد. ويشير صدق الاختبار إلى "درجة قياس الاختبار لما يدعى أنه يقيسه فعلاً" (A. Anastasi, 1988, P.28). فإذا كان لدينا اختبار يزعم مؤلفه أو مصممه أنه يقيس الذكاء فلابد من أن نتحقق من صحة هذا الإدعاء بطريقة تجريبية. ،إذا كان لدينا مقياس يدعى أنه يقيس الإنطواء أو المجاراة الاجتماعية فلا بد من التحقق من صحة وسلامة هذا الإدعاء. كما يشير الصدق أيضاً إلى مدى سلامة وملاءمة الاستنتاجات التى نستنتجها من درجات الاختبار أو من أساليب التقدير الأخرى. (APA, 1974). ويرى كرونباك أنه لايوجد شيء يسمى صدق الاختبار بوجه عام " فليس هناك اختبار صادق بالنسبة لكل الأغراض، وفى كل المواقف، ولكل الجماعات " (من خلال : Silva, 1991, P. 67) وهناك أسئلة عديدة يمكن طرحها حول صدق الاختبار، ومن الممكن أن نوجز تلك الأسئلة فى سؤالين رئيسيين:

أ - ما الذى يمكننا استنتاجه حول السمة أو الخاصية التى يقيسها الاختبار؟

ب- ما الذى يمكننا استنتاجه حول أنواع السلوك التى يزعم الاختبار أنه يتنبأ بها؟

ويتعلق السؤال الأول بالطبيعة الحقيقية للبعد الذى يقيسه الاختبار، حيث يمكن النظر إلى الاختبار باعتبار أنه تعريف إجرائى للسمة أو القدرة أو المهارة التى يحاول مصمم الاختبار قياسها. والسؤال المهم هنا هو إلى أى حد تمثل درجات الاختبار هذا المجال السلوكى؟

أما السؤال الثانى فيتعق بفائدة المقياس كمؤشر يشير إلى متغير آخر ويحاول التنبـؤ بذلك المتغير السلوكى. وبذلك تكـون المشكلة الأساسية هنا هى الوصـول إلى استنتاج محدد حول مدى ارتباط درجات الاختبار بأحد أشكال السلوك الأخـرى (ibid).

وهناك عدة أنواع من الصدق. كما يلاحظ أن علماء النفس قد استخدموا الكثير من المصطلحات أو الأسماء للإشارة إلى أنواع الصدق المختلفة. ونصنف أنواع الصدق هنا إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهى:

أ- صدق التعلق بالمحك

ب- صدق المضمون

جـ- صدق المفهوم

وسوف نناقش هنا بايجاز كل نوع من هذه الأنواع على حدة.

أولاً: صدق التعلق بالمحك criterion-related validity :

ولهذا النوع من الصدق أهمية كبرى عند استخدام درجات الاختبار فى التنبؤ بوضع الفرد بالنسبة إلى متغير آخر مستقل عن الاختبار. وهذا المتغير المستقل الذى نحاول التنبؤ به هو مايسمى بالمحك. ويميز علماء النفس بين نوعين فرعيين من صدق التعلق بالمحك:

أ- الصدق التنبؤى predictive validity:

وهو يشير إلى إمكانية استخدام درجات الاختبار فى التنبؤ بموقف الفرد مستقبلاً بعد مروره بخبرات تربوية أو تدريبية أوعلاجية. ولكى نقوم بحساب وتقدير هذا النوع من الصدق فإننا نقوم بتطبيق الاختبار على العينة قبل بداية البرنامج (التدريبى مثلاً) وبعد نهاية التدريب أو عند مراحل مختلفة منه، كما يتم الحصول على معلومات المحك[٢] التى تعكس مستويات الأداء الفعلى لأفراد العينة. وبذلك نستطيع تحديد مدى العلاقة بين الاختبار والمحك ونوع هذه العلاقة.

ب- الصدق التلازمى concurrent validity:

وهو يشير إلى إمكانية استخدام درجات الاختبار فى تقدير المستوى الحالى للفرد بالنسبة إلى المحك. وبذلك فإنه لايوجد فاصل زمنى بين إعطاء الاختبار للفرد وبين جمع البيانات عن مستوى الفرد على المحك. مثال ذلك أن نحاول التعرف على قدرة الاختبار على التنبؤ بالتشخيص السيكياترى. ورغم إمكانية استخدام البيانات المتجمعة من دراسة الصدق التلازمى فى تقدير الصدق التنبؤى، ومع ذلك لاينبغى استخدام البيانات المتجمعة من الصدق التلازمى كبديل عن الصدق التنبؤى دون تبريرات منطقية قوية وملائمة (APA, 1974).

المحكات الاكلينيكية:

هناك عدد من المحكات التى يشيع استخدامها فى تقدير صدق الاختبار ومن بين هذه المحكات:

أ - التشخيص السيكياترى.
ب- نتائج فحص الجهاز العصبى بجهاز رسم المخ EEG أو بالأشعة.
جـ- الأداء على الاختبارات الأخرى.
د- مدى الاستجابة للعلاج النفسى.
هـ- تقديرات الأشخاص الأخرين لسلوك الفرد.
و- أداء الفرد الدراسى أو المهنى.

---

2 - Criterion.

ثبات وصدق المحك:

إذا كنا نستخدم المحك لتحديد صدق الاختبار فلابد وأن نتأكد من أن المحك نفسه ثابت وصادق. ولابد من التحقق من ملاءمة المحكات المستخدمة وجودة تلك المحكات، وذلك من خلال الدراسات التى تحدد مدى ثبات المحك وصدقه. ومن أمثلة ذلك دراسة ثبات وصدق التشخيص السيكياترى. ولابد من التأكد من عدم تلوث المحك[٣] أى عدم تأثر تقديرات المحكمين بما قد يعرفوه من نتائج الاختبار. فمثلاً إذا طلبنا من مجموعة من المدرسين تقدير مدى ذكاء عينة من التلاميذ بهدف استخدام هذه التقديرات فى حساب صدق أحد اختبارات الذكاء، فإن اطلاع هؤلاء المدرسين على درجات التلاميذ على اختبار الذكاء يمكن أن تؤثر على أحكامهم على مستوى القدرة العقلية لهؤلاء التلاميذ. وهذا هو مانطلق عليه اسم تلوث المحك. لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع انظر: (A. Anastasi, 1988; F. G. Brown, 1976)

ثانياً: صدق المضمون content validity:

يميز فردريك براون (F. G. Brown, 1976) بين الاختبارات التى تمثل مضموناً أو مفهوماً بعينه من المفاهيم العلمية وبين الاختبارات التى تحاول التنبؤ بالمحكات الخارجية. وقد سبق لنا الكلام عن الاختبارات التى تحاول التنبؤ بالسلوك عند حديثنا عن صدق التعلق بالمحك. أما الاختبارات التى تدعى أنها تمثل بعداً سلوكياً أو مجالاً نفسياً، فهى التى تحتاج إلى التحقق من صدق المضمون أو صدق المفهوم قبل أن يتسنى لنا استخدامها. وهنا يعود براون فيميز داخل فئة الاختبارات التى تقيس مجالاً بعينه بين نوعين:

أ – اختبارات تعتبر بمثابة عينات من المجال أو المضمون (المحتوى) الأصلى.

ب– اختبارات تعتبر بمثابة مؤشرات أوعلامات على المفهوم موضع الدراسة.

والفرق بينهما أن المجال فى الحالة الأولى مجال محدود ومعروف أوله وآخره. مثال ذلك أحد المقررات الدراسية كالحساب فى الصف الثالث الابتدائى مثلاً. أما المجال الثانى فهو مجال مفتوح. ويحاول الاختبار أن يظهر السلوك الدال على هذا المجال. ومثال ذلك اختبار يقيس إحدى القدرات الإبداعية كالأصالة مثلاً.

ونحن نحتاج عادة إلى التحقق من صدق الاختبارات التحصيلية التى تستهدف قياس مستوى المهارة أو المعرفة بمجال محدد. وإن كان من الممكن استخدامها بالنسبة لأنواع أخرى من الاختبارات مثل بعض اختبارات الشخصية. ويهمنا عند دراسة

---

3 - Criterion contamination.

صدق المضمون أن نتحقق من مدى جودة تمثيل بنود الاختبار لمضمون أو محتوى المقرر الذى نريد قياس مدى التحصيل فيه وكذلك من درجة قياس الاختبار أيضاً للأهداف الدراسية المنشودة من هذا المقرر.

وتعتمد دراسة صدق المضمون على عملية الحكم على محتوى كل من المقرر الدراسى والاختبار لتحديد مدى تمثيل أجزاء الاختبار لفئات المقرر المختلفة والأهداف الدراسية المنشودة منه. ولا يحتاج ذلك عادة إلى حساب معاملات إحصائية خاصة. ويلاحظ أن صدق المضمون يختلف عما يسمى بالصدق الظاهرى أو الصدق السطحى face validity. فالصدق الظاهرى هو مجرد الحكم بأن متطلبات الاختبار تبدو للمفحوصين متعلقة بالموقف الذى يتم فيه الاختبار أو بالاهداف المنشودة من الاختبار. ولاشك أن وضوح هذا المطلب يزيد من تعاون المفوصين ويرفع من مستوى الدافع لديهم لبذل أقصى جهدهم. وإلى جانب ذلك يساعد الصدق الظاهرى على اقتناع الرأى العام بأن الاختبار يتعلق فعلاً بالأهداف المنشودة منه. ومن الأمثلة التى يذكرها المؤلف فيما يتعلق بالصدق الظاهرى ماحدث عند استخدام بعض الاختبارات النفسية للمساعدة فى عملية اختيار الطلاب للمعاهد الفنية التابعة لأكاديمية الفنون فى مصر فى الستينيات. فقد استخدمت بعض اختبارات الإبداع التى اشتملت على بعض البنود مثل: ماهى التحسينات التى يمكن ادخالها على أشياء مثل التليفون أو القلم الرصاص ... الخ، أو ماهى أوجه الاستخدام المختلفة التى يمكن أن نستخدم فيها أشياء مثل القلم الرصاص أو قالب الطوب. فلقد أثارت هذه البنود الكثير من الاستغراب والتندر بل وعدم التعاون من جانب بعض المفوصين. وقد أدى ذلك إلى إدخال بعض التعديلات على شكل البنود بحيث تبدو أكثر تعلقاً بمجالات الفنون. وعلى سبيل المثال استخدمت بنود مثل: آلة تصوير، عود ... الخ. فالصدق الظاهرى لايضيف شيئاً إلى القيمة الحقيقية للإختبار ولايرفع من صدقه التنبؤى إلاً أنه يضفى على الاختبار مظهراً يساعد على تعاون المفحوصين واقتناعهم كما يساعد أيضاً على تفهم الجمهور وتقبله لعملية الاختبار.

ثالثاً: صدق المفهوم construct validity :

تشكل المفاهيم العلمية اللبنات الأساسية التى يتكون منها بناء النظرية العلمية. ويتحتم فى العلم أن تكون المفاهيم محددة تحديداً جيداً، حيث يتم تعريف المفاهيم تعريفاً إجرائياً[٤]، أى أنه يتم تعريفها عن طريق الخطوات التى تتبع للتحقق من صحة المفاهيم.

4 - Operational definition.

ولاشك أن الاختبارات وسيلة هامة فى عملية قياس وتحديد المفاهيم. والواقع أن كلاً من صدق التعلق بالمحك وصدق المضمون لايركزان اهتمامهماً الأساسى على طبيعة المفاهيم أو السمات النظرية التى يقيسها الاختبار. والمفهوم العلمى هو عبارة عن فكرة نظرية تم تطويرها علمياً لكى تشرح وتنظم بعض مظاهر المعرفة العلمية. ومن أمثلة المفاهيم العلمية مفاهيم الذكاء أو القلق أو الاستعداد الكتابى...الخ. وتحاول دراسات صدق المفهوم أن تجيب على السؤال: ماهو المفهوم الذى يقيسه الاختبار؟ ومامدى جودة قياس الاختبار لهذا المفهوم؟. والواقع أنه لا تكفى دراسة واحدة لإلقاء الضوء على صدق المفهوم، بل يتطلب الأمر عادة إجراء الكثير من الدراسات التى تؤدى إلى تراكم المعلومات حول طبيعة المفهوم (أو المفاهيم) التى يقيسها الاختبار... ويشبه منطق صدق المفهوم وطرائق استخلاصه خطوات المنهج العلمى واجراءاته فى كثير من الوجوه. ذلك أن الباحث يبدأ بنظرية تتضمن مفهوماً علمياً ويفترض أن الاختبار يقيس هذا المفهوم. ثم يقوم الباحث باستخلاص عدد من التنبؤات بناءً على هذه النظرية حول العلاقات القائمة بين المتغيرات المتصلة بهذا المفهوم. ثم يقوم بعد ذلك باختبار صحة هذه التنبؤات بطريقة امبيريقية (خبروية).

وبناءً على هذا الاختبار الامبيريقى يقبل الباحث النظرية أو يقوم بتعديلها. وتؤدى التنبؤات المستمرة والاختبارات الامبيريقية وما يتبع ذلك من مراجعة للنظرية التى ينبنى عليها الاختبار إلى تحديد المفهوم تحديداً دقيقاً (F. G. Brown, 1976, p. 129).

وبذلك فإن الباحث يقوم بعملية الصياغة النظرية للمفهوم الذى يقيسه الاختبار، ثم يقوم باستنتاج عدد من الفروض حول سلوك الأفراد ذوى الدرجات المختلفة (ارتفاعاً وانخفاضاً) على الاختبار.. ثم يقوم بإجراء الدراسات التجريبية التى قد تؤيد أو تفند هذه الفروض. وبناءً علن ذلك يصبح التصور النظرى مقبولاً أو بحاجة إلى تعديل بحيث يتمشى مع الوقائع الفعلية.

ويلاحظ أن عملية استخلاص صدق المفهوم عملية مستمرة تفيد من كل ما يمكن أن يلقى الضوء على طبيعة المفهوم الذى يقيسه الاختبار. ويمكن تصنيف أهم الأساليب المستخدمة فى التحقق من صدق المفهوم فيما يلى:

أ – التغيرات المصاحبة للنمو:

وقد استخدم هذا الأسلوب بكثرة فى التحقق من صدق اختبارات الذكاء. وتبعاً لهذا الأسلوب الذى يطلق عليه أيضاً اصطلاح التمييز العمرى فإن درجات الاختبار يجب أن تكون لها علاقة متسقة مع العمر. فدرجات اختبار الذكاء ينبغى أن تأخذ اتجاهاً متزايداً بصورة منتظمة ومتسقة مع تزايد السن إلى أن يصل نمو الذكاء إلى مرحلة الاستقرار (فى العشرينات مثلاً). وبالطبع يصدق هذا المحك فقط على

الاختبارات التى تقيس سمات أو قدرات تنمو مع تزايد العمر. وبذلك فهو لايناسب الأنواع الأخرى من الاختبارات مثل اختبارات الشخصية.

ب- علاقة الاختبار بغيره من الاختبارات:

حيث تلقى الدراسات الارتباطية للاختبار مع غيره من الاختبارات الأخرى الضوء على طبيعة مايقيسه الاختبار. مثال ذلك دراسة مشكلة الارتباط بين الانبساط والعصابية. كما تستخدم الدراسات العاملية أيضاً لإلقاء الضوء على العوامل التى يقيسها الاختبار. وبذلك نستطيع أن نحدد التباين المشترك والتباين النوعى للاختبار. والأمثلة كثيرة على الدراسات العاملية للاختبارات. مثال ذلك التحليل العاملى لمقاييس جيلفورد للشخصية (م. فراج، ١٩٨٠).

جـ- علاقة الاختبار بالمحكات الخارجية:

ترجع أهمية الدراسات التى تتناول علاقة الاختبار بالمحكات الخارجية إلى أنها تلقىالضوء على طبيعة المفهوم الذى يقيسه الاختبار. ولذلك تفيد دراسات صدق التعلق بالمحك من هذه الناحية. فمثلاً الاختبار الذى يزعم أنه يقيس الابداع لابد وأن يثبت مصمم الاختبار أن هذا الاختبار يمكنه التمييز بين المبدعين وغير المبدعين، أو بين المرتفعين والمنخفضين فى الإبداع فى مجالات الفنون والآداب والعمارة... الخ. كذلك إذا كان لدينا مقياساً يقيس الاكتئاب النفسى فقد نقوم بإجراء دراسة على العلاقة بين درجات الاختبار والتشخيص السيكياترى للاكتئاب لدى عينة من المرضى النفسيين.

د- آثار الظروف البيئية على درجات الاختبار:

يمكن إلقاء الضوء على طبيعة مايقيسه الاختبار بالنظر فى الدراسات التى يتم فيها تطبيق الاختبار قبل وبعد تعرض الأفراد لظروف خاصة كالتدريب أو العلاج النفسى. فالتغيرات التى تطرأ على درجات الاختبار نتيجة لذلك يمكنها أن تلقى الضوء على طبيعة المتغيرات التى يقيسها الاختبار. وبوجه عام فإن كل مايلقى الضوء على الإختبار يضيف المزيد من المعرفة والفهم العلمى للمتغيرات أو المفاهيم التى يقيسها الاختبار.

ونود قبل الانتهاء من مناقشة الصدق أن نؤكد على أن صدق الاختبار نوعى تماماً. وذلك بمعنى أن صدق الاختبار فى أحد المواقف أو فى أحد المجتمعات لايضمن صدقه فى كافة المواقف أو المجتمعات الأخرى. فلا يوجد صدق عام يغطى كافة المواقف. ولذلك فعند استخدام الاختبار فى مجال أو موقف معين لا بد من إجراء دراسات خاصة للتحقق من صدق الاختبار فى تلك المواقف.

المعايير الأخلاقية المنظمة لاستخدام الاختبارات النفسية:

الاختبارات النفسية عبارة عن أدوات علمية تستخدم لخدمة الإنسان. ويترتب على سوء استخدامها إلحاق الضرر بالأفراد والمجتمع. وقد حرصت رابطة علم النفس الأمريكية على صياغة المعايير الأخلاقية المتعلقة باستخدام الاختبارات وذلك تنبيها للمتخصصين وحماية للمهنة من الجهلاء أو الأدعياء، أو غيرهم ممن يمكن أن يسيئوا استعمال الاختبارات. وسوف نعرض هنا بصورة موجزة لبعض تلك المبادئ والمعايير الأخلاقية (APA, 1974, pp. 56-73).

أولاً: مؤهلات مستخدمى الاختبارات واهتماماتهم:

أ – يجب أن يكون مستخدم الاختبار على معرفة جيدة بمبادئ القياس وحدود تفسير الاختبارات.

ب– يجب على مستخدم الاختبار أن يتزود بالمعرفة والفهم للتراث المنشور والمتعلق بالاختبار الذى يستخدمه وبمشاكل القياس التى يتعامل معها.

جـ– يجب أن يتوفر لدى الشخص المسئول عن اتخاذ القرارات المتعلقة بالأفراد أو عن رسم السياسات المبنية على نتائج الاختبار الفهم الكافى للقياس النفسى والتربوى وللصدق وللبحوث والدراسات المتصلة بالاختبارات.

د– يجب على مستخدمى الاختبارات تجنب التمييز العنصرى أو التعصب فى اختيار الاختبارات وتطبيقها وتفسيرها كما يجب تجنب أى مظهر من مظاهر التمييز فى ممارساتهم.

هـ– يجب على مستخدمى الاختبار بالمؤسسات المختلفة سن الإجراءات التى تكفل المراجعة الدورية لاستخدام الاختبار.

ثانياً: اختيار أو تطوير الاختبارات أو الاجراءات:

أ – يجب أن يكون اختيار الاختبارات أو أساليب الفحص الأخرى وكذلك تطوير هذه الاختبارات والأساليب مبنياً على اساس أهداف أو فروض مصاغة صياغة واضحة.

ب– يجب على مستخدم الاختبار أن يأخذ بعين الاعتبار أكثر من متغير واحد عند القيام بالفحص النفسى، وأن يستخدم أكثر من منهج واحد بالنسبة لكل متغير.

د– عند قيام الأخصائى باستخدام أحد المقاييس المتوفرة، عليه ربط تاريخ البحوث على المقياس وتطوراته بالاستخدام المستهدف للاختبار.

ثالثاً: التطبيق والتصحيح:

أ – على مستخدم الاختبار أن يتبع بصورة دقيقة الإجراءات المقننة الموصوفة فى كتيب الاختبار.

ب– على القائم بتطبيق الاختبار توفير ظروف التطبيق التى تتسق مع مبدأ التقنين، والتى تمكن كل مفحوص من بذل أقصى الجهد، كما أنه يجب عليه تحرى الدقة فى التصحيح، وتسجيل النتائج.

ج– يشارك مستخدم الاختبار المؤلف والناشر فى مسئولية المحافظة على سرية وأمان الاختبار.

رابعاً: تفسير النتائج :

أ – ينبغى أن تفسر درجات الاختبار على أنها تقديرات للأداء فى ظل مجموعة معينة من الظروف. فلا ينبغى أن تفسر درجة الاختبار على أنها صفة مطلقة للفرد أو على أنها شيء دائم أو يمكن تعميمه على كل الظروف الأخرى.

ب– يجب قصر اعطاء درجات الاختبار على الأشخاص المؤهلين لتفسير تلك لدرجات. وعند إعطاء الدرجات يجب أن يصحبها شرح كاف لتفسيرها تفسيراً صحيحاً.

ج– على مستخدم الاختبار أن يتفحص بعناية منطق وصدق التفسيرات المستمدة من برامج الكمبيوتر.

د– على مستخدم الاختبار أن يأخذ فى اعتباره التفسيرات البديلة لدرجات الاختبار.

تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات :

يتعين على الأخصائى النفسى تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات. ويمكن إعطاء الاختبار فى أى مكان مناسب بالعيادة النفسية أو بالمدرسة أو أى مكان آخر بشرط توفر الهدوء وعدم وجود مشتتات، وذلك حتى يتمكن المفحوص من تركيز انتباهه على الاختبار وليس على الأشياء الأخرى التى يمكن أن تحدث أثناء التطبيق بما يؤثر على صدق الاختبار، خاصة وأن الكثير من المرضى النفسيين يعانون أصلاً من تشتت الانتباه. فمثلاً يجب ألا يجلس المفحوص فى مواجهة نافذة تطل على مناظر مشتتة للإنتباه. وبالنسبة لكثير من الاختبارات يجب أن يجلس الأخصائى النفسى فى مواجهة المفحوص بحيث يتمكن من ملاحظة سلوكه وتسجيل استجاباته. وعند اختبار الأطفال قد نجد أن الطفل متردد فى البقاء بمفرده مع الأخصائى، وفى هذه الحالة قد يمكن طمأنة الطفل بإيضاح أن الأم أو الأب فى الانتظار بالحجرة المجاورة. أما إذا

تعذر بقاء الطفل منفرداً، فمن الممكن جلوس الأم أو الأب فى حجرة الاختبار، على أن نشرح لهما مسبقاً أن عليهم عدم التدخل أو الكلام أثناء جلسة الاختبار.

التقرير السيكولوجى:

بعد الانتهاء من تطبيق الاختبار يقوم الاخصائى النفسى بتصحيح الاختبار تبعاً للتعليمات الواردة فى كتيب الاختبار. ويستخدم الكمبيوتر أحياناً فى تصحيح الاختبار، أو فى إعطاء تقرير مبدئى عن نتائج الاختبار. ويقوم الأخصائى النفسى باستخدام هذا التقرير المبدئى فى إعداد تقريره النهائى.

ويحتوى التقرير السيكولوجى عادة على عدد من البيانات والمعلومات الأساسية التى تعرض بطريقة منظمة تساعد على تفسيرها تفسيراً سليماً.

PSYCHOLOGICAL REPORT

Name: .... Date : ..../........./.........
Education: .... Birth Date: ..../........./.........
Sex: .... Male .... Female Age: ....
Marital Satus: .... Work: ....

Referred By: ....
Psychologist: ....

Problem:

.... Rule out organic brain disorder
.... Rule out mental retardation
.... Assess personality and personality disorder

Brief History and Complaint: ....
....
....

Tests & Results

ونعرض هنا بالتفصيل الدرجات التى حصل عليها المفحوص على كل اختبار، مع إعطاء المعيار الذى نقارن على أساسه درجة المفحوص.

Interpretation:

ونقدم هنا تفسيرات مفصلة لأداء المفحوص على الاختبارات المختلفة. ودلالة ذلك بالنسبة لتشخيص حالة المريض أو تحديد مشكلاته.

Recommendations:

Signature

....

5

الفصل الخامس

قياس الذكاء في الفحص الإكلينيكي

الفصل الخامس
قياس الذكاء فى الفحص الإكلينيكي

لا يمكن التأريخ لقياس الذكاء دون الحديث عن عالم النفس الفرنسى ألفرد بينيه A. Binet. فإليه يرجع الفضل فى ابتكار اختبارات الذكاء منذ ماينوف على مائة عام. وقد أسهم معه بالجهد حينئذ كل من هنرى وسيمون. وقد جاء ابتكاره مصداقاً للقول بأن الحاجة هى أم الاختراع. فلقد كان ابتكار بينيه لمقياس الذكاء استجابة لحاجة ملحة أدركتها واهتمت بها الأوساط التربوية فى فرنسا فى ذلك الحين، ألا وهى مشكلة الأطفال الذين يجدون صعوبات جمة فى متابعة الدراسة فى الفصول الدراسية العادية. وقد عقد مؤتمر فى باريس فى سنة ١٩٠٤ لمناقشة تلك المشكلة وشارك فى هذا المؤتمر ألفرد بينيه. وكان من أبرز المشكلات الملحة التى ناقشها المؤتمر إيجاد وسيلة موضوعية لتقدير مستوى ذكاء الأطفال.

وفى العام التالى (سنة ١٩٠٥) خرج بينيه على العالم بمقياسه الذى استهدف قياس الوظائف العقلية مباشرة، وليس القدرات الحسية والحركية. وبذلك فقد اختلفت طريقة معالجته للمشكلة عن الطريقة التى اتبعها علماء النفس السابقون عليه. فقد ركز أولئك العلماء جهودهم على قياس القدرات الحسية والحركية وتأثرت نظرتهم للمشكلة ومعالجتهم لها بالإطار الفلسفى الارتباطى الذى كان يرى أن الأفكار إنما هى عبارة عن بناء مركب من انطباعات الحواس. كما تأثرت نظرتهم أيضاً من ناحية أخرى بعلم النفس الفسيولوجى عند ألكسندر بين A. Bain والذى أكدت نظرياته على أهمية قياس الوظائف النفسية الحركية (R.D. Savage, 1974).

وقد استهدف بينيه قياس عشرة وظائف عقلية تشمل الانتباه، والذاكرة، والفهم، والقوة العضلية، والحكم على المجال البصرى، والإدراك أو الفهم العام، والمبادأة، والقدرة على التكيف، والاستدلال، والتجريد.. وقد أدخل بينيه فى مراجعته للمقياس فى سنة ١٩٠٨ مفهوم العمر العقلى. ويعكس ذلك إحدى الخصائص الهامة للذكاء وهى خاصية أن الذكاء ينمو بطريقة مشابهة للنمو الجسمى. وقد أسهمت جهود عالم النفس البريطانى سبيرمان Spearman والتى بدأت فى نفس الوقت تقريباً (١٩٠٤) فى التحديد الواضح لطبيعة الأداء العقلى. فمن خلال استخدام سبيرمان للأساليب التجريبية والإحصائية، وبشكل خاص التحليل العاملى أكد سبيرمان على أهمية قياس العامل

العام. وقد رأى سبيرمان أن العوامل النوعية[١] ليست لها أهمية تنبؤية لأنها ترتبط بالأداة المستخدمة فى القياس. وقد أضاف ثرستون إلى ذلك مفهوم العوامل الطائفية[٢] والتى يمثل كل عامل منها قدرة من القدرات المستقلة نسبياً عن غيرها من القدرات أوالاستعدادات. وكان من أهم تلك العوامل الطائفية الغهم اللفظى، وطلاقة الكلمات، والعامل العددى، والعامل المكانى، والسرعة الإدراكية، والذاكرة الإرتباطية، والإستدلال العام.

وقد قدم بعض علماء النفس تصوراتهم المختلفة للنموذج أو البناء الذى ينتظم فيه كل من العامل العام والعوامل الطائفية والمظاهر السلوكية النوعية. وحسب ماقدمه سيريل بيرت وفرنون فإن البناء العقلى يأخذ شكلاً هرمياً تقع عند قاعدته الأشكال النوعية من السلوك، وعند المستوى التالى يتم تلخيص أو تجميع هذه الأشكال السلوكية الفرعية فى عوامل طائفية (من العوامل أو الاستعدادات أو القدرات كالعامل اللفظى والعامل العددى ..الخ). وفى أعلى التنظيم الهرمى يقع العامل العام أو الذكاء.

أهداف قياس الذكاء بالعيادة النفسية :

لاشك أن اختبارات الذكاء تعتبر من أكثر الاختبارات استخداماً فى العيادات النفسية وفى معظم المجالات الأخرى التربوية والصناعية. وتستخدم مقاييس الذكاء بالعيادة النفسية لعدة أغراض أهمها المعاونة فى التشخيص وكذلك فى تقييم آثار العلاج النفسى وبرامج التنمية السلوكية.

١ – المعاونة فى التشخيص:

فمن الأسئلة التى تطرح بكثرة على الأخصائى النفسى السؤال المتعلق بتقييم مستوى ذكاء أحد الأفراد وتحديد ماإذا كان يعانى من التخلف العقلى، وفى حالة وجود تخلف عقلى هل هو تخلف خفيف أم متوسط أم شديد أم عميق.. وبناءً على ذلك يتم استكمال المعلومات التى تساعد على رسم خطة العلاج أو أساليب الرعاية والتدريب ومدى مانتوقعه من تقدم للفرد نتيجة للتدريب أو العلاج.

كذلك يمكن لقياس الذكاء أن يلقى الضوء على أسباب ظهور بعض الاضطرابات العصابية كالقلق أو الاكتئاب النفسى، والتى قد ترجع إلى انخفاض قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات البيئة كالعمل أو الدراسة أو التى قد ترجع بعكس ذلك إلى ارتفاع مستوى ذكاء الفرد عما يتطلبه العمل. فمن المعروف أن العمل إذا كان روتينياً جداً

---

1 - Specific factors

2 - Group factores

ولا يتحدى القدرات العقلية للفرد يمكن أن يصبح مصدراً من مصادر عدم التوافق عند ذلك الفرد.

وفى بعض الأحيان الأخرى يمكن لقياس الذكاء أن يساعد على معرفة ما إذا كان المريض يعانى من الفصام أم أنه متخلف عقلياً، أو ما إذا كان يعانى من الاضطرابات الوظيفية أو الاضطرابات العضوية للدماغ.

٢- تقييم آثار العلاج أو مدى ملاءمته لحالة المريض:

تنعكس آثار الشفاء من الأعراض المرضية على تحسن القدرة العقلية للفرد. وبذلك فإن قياس الذكاء قبل بداية العلاج النفسى، وبعد إتمام العلاج يمكن أن يعطينا مؤشراً لمدى التحسن ولدرجة نجاح أساليب العلاج المستخدمة. وهنا تواجهنا مشكلة اختيار الاختبار الذى يصلح لأداء هذه المهمة. بمعنى أن يكون الاختبار حساساً لهذه التغيرات. وكما تقول مويرا وليامز (M. Williams, 1965, P. 10) فإن "الأشكال المختلفة من العلاج تؤثر على أنواع مختلفة من الوظائف العقلية، وأياً مايكون الاختبار المستخدم فمن الضرورى أن يهدف إلى تغطية مدى واسع من القدرات بقدر الإمكان وذلك لضمان ألاَّ تفلت منا أية متغيرات هامة."

على أن إعادة تطبيق الاختبار بهدف تقييم آثار العلاج تثير من ناحية أخرى مشكلات التذكر والتدريب، بحيث أن من الممكن أن يؤدى ذلك إلى تحسن زائف فى الدرجات لا يرجع فى حقيقة الأمر إلى تحسن حقيقى فى الحالة النفسية للمريض. ويمكن الاحتياط لذلك باستخدام صور متكافئة من الاختبار. وفى هذه الحالة نقوم بتطبيق إحدى الصورتين فى المرة الأولى قبل بدء العلاج، ثم نستخدم الصورة الأخرى عند إتمام العلاج وإعادة التقييم. ويجدر الإشارة إلى أن بعض الاختبارات أكثر حساسية وتأثراً بإعادة تطبيق الاختبار على نفس الفرد أكثر من مرة (كاختبار الألغاز) بينما بعض الاختبارات أقل تأثراً بذلك (كاختبار المفردات اللفظية). على أنه يلاحظ أن آثار العلاج على القدرات العقلية ليست دائماً إيجابية. فالصدمات الكهربية مثلاً قد تؤثر تأثيراً سلبياً على وظائف الذاكرة. ولهذا أيضاً يوصى بعدم إعطائها للمريض إذا كان يعانى أصلاً من مشكلات فى الذاكرة. ويعطى ذلك مثالاً لاستخدام الاختبارات فى المساعدة على اتخاذ القرار المناسب بشان ملاءمة إحدى وسائل العلاج لحالة المريض. ويتضح ذلك الشيء نفسه بالنسبة لاتخاذ قرار حول مدى ملاءمة استخدام أحد أنواع العلاج النفسى التى تتطلب درجة عالية من الذكاء لنجاح استخدامها. ففى هذه الحالة يمكن أن يساعد قياس الذكاء على تحديد أكثر وسائل العلاج ملاءمة للمريض. وسوف نقدم فيما يلى بعض الأمثلة لأهم الاختبارات المستخدمة فى العيادة النفسية.

مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء Stanford-Binet Scale of Intelligence:

تعتبر مراجعة ترمان لمقياس بينيه والتى ظهرت عام ١٩١٦ تحت إسم ستانفورد-بينيه أهم المراجعات أو التعديلات التى تمت على المقياس. فقد أدخلت تلك المراجعة الكثير من التعديلات والتحسينات على المقياس الأصلى بحيث طورته تطويراً هائلاً. وفى سنة ١٩٣٧ قدم ترمان وميريل المراجعة الثانية للمقياس، والتى اشتملت على إعداد صورتين من المقياس هما الصورة "ل"، والصورة "م". وقد تميزت هذه المراجعة بتقنين الاختبار على عينة أفضل تمثيلاً للمجتمع الأمريكى، كما أن المقياس أصبح يغطى مدى أكير من العمر، يمتد من سن سنتين حتى مستوى الراشدين. وظهرت المراجعة الثالثة للمقياس سنة ١٩٦٠ حيث حاول ترمان وميريل جعل المقياس يتمشى مع التطورات الثقافية التى حدثت بالمجتمع الأمريكى. وقد تم فى هذه المراجعة ضم أفضل مافى الصورتين من البنود فى مقياس واحد أطلقاً عليه اسم الصورة "ل-م". وقد اعتمد تحليل البنود على التطبيقات السابقة للصورتين "ل" و"م" على ٤٥٠٠ شخص، كما اشتملت الصورة " ل-م" على ٢٠ مستوى عمرياً، تمتد من سن سنتين بمستويات نصف سنوية حتى سن خمس سنوات، ثم نجد بعد ذلك مستويات سنوية من سن ست سنوات حتى سن ١٤ سنة، وبعد ذلك نجد مستوى الراشد المتوسط ثم ثلاثة مستويات للراشد المتفوق. ونجد عند كل مستوى من هذه المستويات السابقة الذكر ستة اختبارات وذلك باستثناء مستوى الراشد المتفوق والذى يشتمل على ثمانى اختبارات. كذلك نجد أن هناك اختباراً احتياطياً عند كل مستوى من المستويات. ومن أهم مايميز مقاييس ستانفورد-بينيه منذ المراجعة الأولى اشتمالها على تعليمات مفصلة للتطبيق والتصحيح بما يكفل التقليل من تدخل العوامل الذاتية للأخصائى القائم على تطبيق وتصحيح الاختبار بقدر الإمكان.

وقد قام اسماعيل القبانى بنقل مراجعة ستانفورد-بينيه (مراجعة ١٩١٦) إلى اللغة العربية فى سنة ١٩٣٧، مع إدخال التعديلات اللازمة لجعله ملائماً للبيئة المصرية. كما قام محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكة فى سنة ١٩٥٦ بإصدار النسخة العربية لمراجعة ستانفورد-بينيه لسنة ١٩٣٧(الصورة ل)، مع تعديل بنود ومواد الاختبار بما يتناسب مع البيئة المصرية. وقد قاما بإجراء بعض التجارب المبدئية للتحقق من مدى صلاحية مواد المقياس، مع إدخال التعديلات اللازمة وإعداد كتيب التعليمات وكراسة الإجابة (م. ع. أحمد، لويس كامل مليكة ١٩٦٨، لويس كامل مليكة ١٩٧٧). وقام مصرى حنورة وكمال مرسى بترجمة وإعداد وتقنين الصورة ل-م فى البيئة المصرية (مصرى حنورة، كمال مرسى، ١٩٩٢). وقد اشتملت عينة التقنين على عينات فرعية تمثل إلى حد ما المناطق الجغرافية فى مصر، "سواء فى الوجه

القبلى أو القاهرة أو الوجه البحرى، ولكن لظروف خارجة لم يتمكنا من تغطية الوجه البحرى تقطية دقيقة، فتم الاكتفاء ببعض التغطيات فى منطقتى المنوفية والقليوبية. أما فى القاهرة، فقد تم التطبيق على ثلاث مجموعات عمرية، وكانت معظم التطبيقات بالمنيا وبنى سويف وأسيوط وقنا وأسوان سواء فى الريف أو فى الحضر ذكوراً وإناثاً" (المرجع السابق، ص ١٩). "وقد بلغ عدد أفراد العينة التى تم تحليل أدائها واستخراج نماذج ومعايير التصحيح وحساب نسب الذكاء الانحرافية ٨٢٠ مفحوصاً من الجنسين، وقد تراوح عدد المفحوصين فى كل مستوى عمرى من سن ٢ و١٨ سنة بين ١١ و٧٢ مفحوصاً" (المرجع السابق، ص ٢٠).

المراجعة الرابعة لمقياس ستانفورد بينيه :

اشتملت هذه المراجعة الرابعة للمقياس على قدر كبير من التحسينات. وبينما احتفظت هذه المراجعة بالخصائص الرئيسية للمقياس، فقد أدخل عليه الكثير من التطوير الذى يعكس آثار التطور فى المنظور العلمى حول الذكاء والوظائف العقلية من ناحية والتطور فى أساليب ومناهج بناء المقاييس النفسية من ناحية أخرى. كما تم زيادة البنود غير اللفظية مثل البنود المتعلقة بالتفكير المكانى، والكمى، والذاكرة. وقد احتفظ المقياس ببعض الخصائص المميزة مثل تطبيق جزء محدود من المقياس – وليس كل المقياس – على المفحوص تبعا للمستوى العقلى الذى يتضح أثناء عملية القياس.

وصف مقياس ستانفورد–بينيه (الصورة ل–م):

يتكون المقياس من ١٢٩ اختباراً، وقد تم توزيع هذه الاختبارات على المستويات العمرية المختلفة. ويلاحظ أن الطابع العملى يغلب على الاختبارات المستخدمة فى الأعمار الأصغر. فهى تشتمل على لعب مقننة وأشكالاً مختلفة، أما فى الأعمار الأكبر فإنه يغلب على الاختبارات الطابع اللفظى، ويلاحظ أنه لا يتم تطبيق كل هذه الاختبارات على كل مفحوص، بل يتم عادة تطبيق مجموعة محدودة من تلك الاختبارات تبعاً لمستوى أداء المفحوص.

نظام التطبيق والتصحيح :

عند تطبيق المقياس نقوم بتحديد نقطة بداية أولية تتمشى مع خصائص المفحوص كالعمر الزمنى والمستوى الدراسى. وفى بعض الأحيان يتم تطبيق اختبار قصير للمفردات لإعطاء فكرة عن المستوى الذى يمكن أن يبدأ عنده التطبيق.

وفى العادة نبدأ عملية القياس عند مستوى أدنى قليلاً من المستوى المتوقع للمفحوص، فإذا نجح المفحوص على جميع اختبارات هذا المستوى انتقلنا إلى مستوى أعلى وهكذا. أما إذا فشل المفحوص على أى اختبار فى هذا المستوى، فإننا نستمر فى إعطاء مستويات أدنى فأدنى إلى أن نصل إلى مستوى ينجح المفحوص على كل اختباراته. ويطلق على هذا المستوى اسم العمر القاعدى basal age. وبعد ذلك نستمر فى إعطاء مستويات أعلى فى التطبيق إلى أى نصل إلى مستوى يفشل المفحوص على كل اختباراته. ويطلق على هذا المستوى الذى يفشل المفحوص على كل اختباراته اسم العمر السقفى ceiling age. ويلاحظ أن من الممكن تطبيق صورة مختصرة من المقياس إذا لم يكن هناك متسع من الوقت لإعطاء كل الاختبار. ويلاحظ أيضاً أنه قد وضعت نجمة(*) بجانب كل اختبار من الاختبارات التى تكون المقياس المختصر.

التصحيح :

يتم تصحيح البنود تبعاً لنماذج التصحيح المعدة خصيصاً لذلك. وبعد الإنتهاء من التصحيح يتم حساب العمر العقلى للمفحوص، وهو عبارة عن العمر القاعدى مضافاً إليه عدد الشهور المقابلة للإختبارات التى نجح عليها المفحوص فيما بين العمر القاعدى والعمر السقفى. ويلاحظ أنه فى معظم الاختبارات يحسب الاختبار الواحد على أنه يعادل شهرين بينما يختلف الوزن المعطى للاختبارات عند مستويات الراشدين بالمقياس.

وقد استخدم مقياس بينيه تقليدياً معادلة خاصة لحساب نسبة الذكاء وذلك بقسمة العمر العقلى على العمر الزمنى، وذلك على النحو التالى:

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} \times ١٠٠$$

ويلاحظ أن مقياس ستانفورد–بينيه (الصورة ل–م) تستخدم نسبة الذكاء الانحرافية. وهى عبارة عن درجات معيارية معدلة متوسطها ١٠٠ وانحرافها المعيارى ١٦ بدلاً عن نسبة الذكاء السابقة الذكر.

الثبات :

استخدم أسلوب كودر–رتشاردسون Kuder-Richardson فى حساب ثبات المقياس باستخدام كل عينة التقنين والتى يزيد تعدادها عن ٥٠٠٠ مفحوص. وقد تراوحت معاملات الثبات للدرجة الكلية للمقياس بين ٠.٩٥ و٠.٩٩. كذلك كانت

معاملات الثبات للمجالات المعرفية المختلفة مرتفعة بوجه عام وتراوحت بين ٠.٨٠ و٠.٩٧. كما كانت معاملات الثبات للاختبارات المختلفة مرتفعة بوجه عام، وكان معظمها فى الثمانينات أو التسعينات، وذلك باستثناء اختبار تذكر الأشياء والذى تراوح ثباته بين ٠.٦٦ و٠.٧٨ كما يلاحظ أن معظم معاملات الثبات كانت أعلى عند المستويات العمرية الأكبر. (A. Anastasi, 1988)

كذلك فقد تم حساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار. وقد استخدمت عينة من ٥٧ من الأطفال من سن خمس سنوات حيث بلغ معامل الثبات ٩١.،، كما استخدمت عينة تتكون من ٥٥ من الأطفال من سن ثمانى سنوات وبلغ معامل الثبات ٩٠.،. وكانت معاملات الثبات للاستدلال اللفظى فى الثمانينات بينما أظهرت معاملات الثبات للاختبارات الأخرى قدراً أكبر من التفاوت.

كذلك فقد قام مصرى حنورة وكمال مرسى بحساب الثبات بطريقة القسمة النصفية عند كل عمر من الأعمار الزمنية التى استخدمت فى التقنين، وتم تصحيح تلك المعاملات باستخدام معادلة سبيرمان–براون. وقد تراوحت معاملات الثبات بين ٥٠، و٩٨، وإن كانت معظم معاملات الثبات تقع فى الثمانينات والتسعينات. (م. حنورة، ك. مرسى، ١٩٩٢)

ويجدر بالذكر أن معاملات الثبات تساعد على تحديد الخطأ المعيارى للمقياس.

صدق مقياس ستانفورد–بينيه :

أ– صدق المضمون:

يتضح من النظر فى مكونات المقياس أنها قد اختيرت لقياس الذكاء فى جوانبه المختلفة، وذلك من خلال حل مشكلات مثل: المتشابهات والمتضادات والمفردات والفهم وتكميل الجمل أو الصور ...الخ. كما يلاحظ بوجه عام أن الطابع اللفظى يغلب على محتوى المقياس.

ب– صدق المفهوم:

يلاحظ أن المقياس يعكس مظهراً هاماً للذكاء وهو خاصية النمو والتطور المصاحب للعمر، بحيث نجد أننا بصدد مفهوم للذكاء يفترض نمو هذه القدرة مع العمر.

كذلك تشير الدراسات العاملية التى أجريت على المقياس إلى وجود عامل عام هو عامل الاستلال اللفظى، إلى جانب بعض العوامل الطائفية كالذاكرة والإدراك. ووجود

العامل العام أمر متوقع بحكم بناء المقياس من اختبارات ترتبط بالدرجة الكلية ارتباطا مرتفعاً.

وقد قام حنورة ومرسى بدراسة الصدق عن طريق حساب معاملات ارتباط المقياس مع عدد من المقاييس الأخرى التى تقيس الذكاء. ومن هذه المقاييس:

١- مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى للأعمار الصغيرة: وقد تراوحت ارتباطات المقياسين بين ٠.٣٩٨ و ٠.٥٠٠.
٢- مقياس الرسم لجودإنف-هاريس: وقد تروأحت الارتباطات مع رسم الرجل بين ٠.٤٢٠ و٠.٦٠٥. وتراوحت مع رسم المرأة بين ٠.٥٩٢ و٠.٦٥٦.
٣- مقياس وكسلر-بلفيو لذكاء الراشدين: (غير واردة فى كتيب الاختبار).
٤- بطارية ثرستون للقدرات العقلية الأولية من سن ١١ سنة: وتراوحت بين ٠.٣٢ و٠.٥٠ مع مقياس الفهم اللفظى لثرستون، وتراوحت بين ٠.٣١ و٠.٥٥ مع مقياس الاستدلال ، وبين ٠.٣٠ و٠.٥٠ مع مقياس الحساب، وبين ٠.٣٢ و٠.٥٠ مع مقياس الطلاقة.
٥- المصفوفات المتدرجة العادية والمتقدمة لرافين: وتراوحت الارتباطات هنا بين ٠.٤٠ و٠.٦٣.
٦- متاهات بورتيوس للذكاء: وتراوحت بين ٠.٥٢ و٠.٧٠.

تقييم المقياس:

اكتسب مقياس بينيه وزناً كبيراً بحكم تاريخه الطويل، وبخاصة من خلال استخدامه فى العيادات النفسية والمدارس، ومن خلال البحوث والدراسات العديدة التى أجريت عليه، بحيث أصبح بمثابة المعيار الذى تقيم على أساسه المقاييس الجديدة للذكاء. كما يمتاز المقياس أيضاً بإتاحته الفرصة بشكل جيد لملاحظة سلوك المفحوص أثناء التطبيق.

وينحصر الاستخدام الأساسى للمقياس فى المساعدة على تحديد نسبة ذكاء المفحوص. أما محاولة استخدام المقياس (الصورة ل-م) لتحليل التشتت فقد باءت بالفشل. وإن كنا نلاحظ أن المراجعة الرابعة للمقياس حاولت تلافى تلك الانتقادات.

وبوجه عام يغلب على المقياس الطابع المدرسى واللفظى، كما أنه أقل ملاءمة لقياس ذكاء الراشدين. كذلك فإنه لايعطى صورة واضحة ومحددة عن الجوانب المختلفة للقدرة العقلية. ومع ذلك فمن الممكن القول بأن مقياس ستانفورد-بينيه يعتبر أداة جيدة لقياس الذكاء خاصة عند الأطفال وبطريقة مشوقة وملائمة.

مقاييس وكسلر للذكاء :

تعتبر مقاييس وكسلر أشهر مقاييس الذكاء وأكثرها شيوعاً فى وقتنا الحاضر فى مختلف أنحاء العالم. وقد قام بنشرها وتطويرها دافيد وكسلر. وهى تشتمل فى وقتنا الحاضر على ثلاثة مقاييس رئيسية: للراشدين، والأطفال، وللأطفال فى سن ما قبل المدرسة. ولعل أهم ما دفع وكسلر إلى نشر مقياسه أن المقاييس السابقة عليه مثل مقياس ستانفورد-بينيه أكثر ملاءمة فى محتواها لتلاميذ المدارس. وهذا مما جعلها أقل قبولاً لدى الراشدين ولدى الأشخاص الذين لم يتلقوا حظاً وافراً من التعليم. ولاشك أن ذلك يؤثر بصورة سلبية على تعاون المفحوص وعلى الصدق الظاهرى للمقياس. كما رأى وكسلر أن مفهوم العمر العقلى لايناسب قياس الذكاء عند الراشدين.

وقد نشر وكسلر أول مقاييسه وهو مقياس وكسلر-بلفيو للذكاء فى سنة ١٩٣٩، ونشر فى سنة ١٩٤٩ مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC). وفى سنة ١٩٥٥ أعاد نشر مقياسه الأول بعد تطويره وتعديله تحت اسم مقياس وكسلر لذكاء الراشدين Wechsler Adult Inteeligence Scale (WAIS). وفى سنة ١٩٦٧ نشر مقياس وكسلر قبل المدرسى والأولى للذكاء، Wechsler Preschool and Primary Scale for Intelligence (WPPSI).

وبعد وفاة وكسلر (سنة ١٩٨١) تم نشر عدد من المراجعات والتطويرات لهذه المقاييس. فتم نشر مقياس وكسلر للأطفال: المراجعة الثالثة (WISC-III) سنة ١٩٩١. وتم نشر مقياس وكسلر للراشدين (المراجعة الثالثة) (WAIS-III) فى سنة ١٩٩٧.

ولا شك أن تصميم هذه المقاييس يعكس جيداً تصور وكسلر لمفهوم الذكاء (D.Wechsler,1958, P. 64). فهو يعرف الذكاء بأنه "القدرة الكلية أو الإجمالية للفرد على التصرف الهادف والتفكير العقلانى، والتعامل الكفء والفعال مع البيئة".

ويتكون كل مقياس من مقاييس وكسلر للذكاء السابقة الذكر من جزئين رئيسيين هما المقياس اللفظى والمقياس العملى. ويحتوى كل منهما على عدد من الاختبارات التى تقيس مظاهر مختلفة من السلوك الذكى. وقد رتبت البنود ترتيباً تصاعدياً تبعاً لدرجة صعوبتها. ويحصل المفحوص عند تطبيق المقياس على نسبة ذكاء لفظية ونسبة ذكاء عملية ونسبة ذكاء كلية. على أنه يلاحظ أن المراجعات الحديثة للمقياس تمكن من الحصول على درجات أخرى أيضاً، هى: الفهم اللفظى، والتنظيم الإدراكى، والذاكرة العاملة[٣]، وسرعة المعالجة الذهنية.

وقد قام عماد الدين اسماعيل ولويس كامل بنقل مقياس وكسلر-بلفيو للذكاء إلى

3 - Working memory.

العربية فى عام ١٩٥٦. وسوف نقوم هنا بوصف هذا المقياس الذى يتوفر حالياً بالعربية.

مقياس وكسلر–بلفيو لذكاء الرشدين :

وصف المقياس:

بتكون المقياس من إحدى عشر اختباراً فرعياً منها ست اختبارات فى المقياس اللفظى وخمس اختبارات فى المقياس العملى. وهى على النحو التالى:

أ – المقياس اللفظى: ويشتمل على:

١– المعلومات العامة Information.

٢– الفهم العام Comprehension.

٣– الاستدلال الحسابى Arithmetic.

٤– إعادة الأرقام Digit Span.

٥– المتشابهات Similarities.

٦– المفردات Vocabulary.

ب– المقياس العملى: ويشتمل على:

١– ترتيب الصور Picture Arrangement.

٢– تكميل الصور Block Design.

٣– تجميع الأشياء Object Assembly.

٤– رسوم المكعبات Picture Completion.

٥– رموز الأرقام Digit Symbol.

نظام التطبيق والتصحيح :

يتم تطبيق المقياس بصورة فردية تبعاً لتعليمات التطبيق الواردة فى كتيب الاختبار. وتتطلب بعض الاختبارات أزمنة محددة للتطبيق، بينما لاتتطلب الاختبارات الأخرى أزمنة محددة. ويلاحظ أن تطبيق الاختبارات يستمر إلى أن يفشل المفحوص على عدد محدد من البنود حسب ماهو وارد فى كتيب الاختبار. ويحتاج تطبيق الاختبار إلى فاحص مدرب تدريباً جيداً، وعلى ألفة بالاختبار. ويستغرق تطبيق الاختبار عادة قرابة ساعتين.

وبعد انتهاء التطبيق يتم التصحيح وفقاً لنماذج الإجابات المقبولة التى يشتمل عليها كتيب الاختبار، كما تؤخذ سرعة الاستجابة فى الاعتبار عند التصحيح فى بعض

الأحيان. وبناءً على ذلك يتم إعطاء درجة خام لكل اختبار على حدة. ويتم بعد ذلك تحويل الدرجة الخام إلى درجات موزونة متوسطها ١٠ وانحرافها المعيارى ٣ درجات وذلك بالرجوع إلى الجدول الخاص بتحويل الدرجات الخام إلى درجات موزونة.

والخطوة التالية بعد ذلك هى جمع درجات المقياس اللفظى على حدة والمقياس العملى على حدة، وكذلك جمع كل درجات الاختبارات اللفظية والعملية للحصول على مجموع درجات المقياس الكلى. وبعد ذلك يتم تحويل مجاميع الدرجات الموزونة هذه إلى نسب الذكاء اللفظى، والعملى، والكلى، وذلك بالرجوع إلى الجداول الخاصة بالتحويل. ويلاحظ أن تحويل مجاميع الدرجات إلى نسب ذكاء يتم تبعاً للمجموعة العمرية التى ينتمى إليها المفحوص، وذلك نظراً لتناقص الدرجات مع العمر. ويلاحظ أن متوسط نسب الذكاء على مقاييس وكسلر هو ١٠٠ أما الانحراف المعيارى فهو ١٦.

تقنين المقياس :

قام لويس كامل مليكة بعدد من الدراسات لتقنين المقياس فى مصر. وقد ناقش مليكه الصعوبات التى واجهت تقنين الاختبار على عينة ممثلة للمجتمع العام. وفى ضوء هذه الاعتبارات "فضل الباحث أن يقنن المقياس على عينة تقديرية لايتوفر لدينا الدليل على درجة تمثيلها للمجتمع الأصلى... وقد بلغ عدد مجموعات عينات التقنين ٩١٠ فرداً موزعين على فئات السن المختلفة منها ٥٩٤ ذكراً و٣١٦ أنثى ... ومن المؤكد أن المستوى التعليمى لهذه المجموعة أعلى من المستوى القومى العام، وهى حقيقة يجب أن توضع موضع الاعتبار في تفسير نتائج تطبيق المقياس". وقد قام مليكة بناء على ذلك بإعداد الدرجات الموزونة ونسب الذكاء للمقياس.. (ل. مليكة،١٩٩١، ص ١٣-١٤)

ثبات مقياس وكسلر لذكاء الراشدين:

أولاً: يلاحظ أن معاملات الثبات لنسب الذكاء اللفظية والعملية والكلية مرتفعة بوجه عام، حيث تقع معاملات الثبات فى التسعينات.

ثانياً: بالنسبة لمعاملات ثبات الاختبارات الفرعية فإنها تتراوح بين ٠.٥٦ لاختبار الفهم العام، و٠.٩٤ لاختبار المفردات. وهذا ما يدعو إلى الحذر عند استخدام أسلوب المقارنة بين الاختبارات الفرعية فى الأغراض الاكلينيكية. وقد قام فرج طه بحساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة من ٤٠ فرداً، وذلك لدرجات

الاختبارات الفرعية ولنسب الذكاء اللفظى والعملى والكلى، كما قام بحساب الثبات النصفى على عينة من ٧٠ فرداً، وذلك لدرجات الاختبارات الفرعية. وتشير تلك الدراسة إلى أن معاملات الثبات بإعادة التطبيق للاختبارات الفرعية تراوحت بين ٠.٥٨ (مقياس الحساب) و٠.٩٣ (مقياس المفردات). أما فى حالة حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية فقد تراوحت بين ٠.٤٥، (لمقياس الفهم العام) و٠.٩١ (لمقياس المفردات) (من خلال: المرجع السابق).

صدق المقياس:

أ – صدق التعلق بالمحك[٤]:

يؤيد عدد من الدراسات التى حسب فيها الارتباط بين مقياس وكسلر من ناحية وبعض المحكات الخارجية التربوية أو المهنية من ناحية أخرى، القول بأن المقياس يقيس الذكاء. وتعرض أنستازى لبعض الدراسات التى أجريت حول صدق التعلق بالمحك والتى نشرها وكسلر وماتارتسو وغيرهم عن مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (A. Anastasi, 1988). فقد وجد فى إحدى الدراسات معاملات ارتباط فى الأربعينات والخمسينات بين الذكاء اللفظى والدرجات الدراسية فى الكليات الجامعية وفى كلية الهندسة. كما أن معظم معاملات الارتباط بين مقياس وكسلر ومقياس ستانفورد بينيه كانت حول الثمانينات. بينما تبين من دراسة أخرى أجراها هول J. Hall أن معامل الارتباط بين نسبة الذكاء العملى ومقياس المصفوفات المتدرجة هو ٠.٧٠ (من خلال المرجع السابق).

صدق المفهوم construct validity:

أجرى عدد من الدراسات الارتباطية والعاملية على مقياس الوكسلر لإلقاء الضوء على طبيعة المفهوم الذى تعبر عنه درجات المقياس. وتشير الدراسات الارتباطية إلى أن معاملات الارتباط بين نسبة الذكاء اللفظى ونسبة الذكاء العملى تصل إلى حوالى ٠.٨٠ وإذا قمنا بتربيع معامل الارتباط فإننا نجد أن التباين المشترك بينهما حوالى ٠.٦٤.

ومن الطريف أن الارتباطات بين الاختبارات اللفظية من ناحية والعملية من ناحية أخرى لم تكن أقل جوهرياً من الارتباطات فيما بين الاختبارات العملية. وتوحى هذه الارتباطات بين الاختبارات الفرعية مع بعضها البعض، وكذلك

---

4 - Criterion-related validity.

الارتباطات بين الدرجات الكلية للمقياس اللفظى والمقياس العملى أن بينهما الكثير من التشابه. (A. Anastasi, 1988)

كذلك أجريت بعض الدراسات العاملية على المقياس حيث توصلت إلى استخلاص عدد من العوامل الأساسية. ورغم أن الدراسات العاملية لمقاييس وكسلر تشير إلى وجود عامل عام تشترك فيه كل الاختبارات الفرعية. إلا أن استخدام بعض أساليب التحليل العاملى المصممة لاستخلاص العوامل الطائفية مكن الباحثين من التعرف مراراً وتكراراً على عدة عوامل: **عامل للفهم اللفظى** ذو تشبعات عالية على اختبارات المفردات، والمعلومات، والفهم العام، والمتشابهات؛ **وعامل للتنظيم الإدراكى** ذو تشبعات عالية على اختبارى تصميم المكعبات وتجميع الأشياء؛ وعامل طائفى ثالث أطلق عليه اسم **عامل التحرر من التشتت،** وكانت أعلى تشبعاته على اختبارات إعادة الأرقام، والحساب، ورموز الأرقام (المرجع السابق).

وقد أجرى عماد الدين اسماعيل دراسة عاملية على المقياس أدت إلى استخلاص ثلاثة عوامل هى: العامل العام، وأما العامل الثانى فهو عامل ذو قطبين، فمن ناحية تتشبع عليه الاختبارات اللفظية تشبعاً جوهرياً موجباً، بينما تتشبع عليه الاختبارات العملية تشبعاً سالباً جوهرياً، فهو عامل يفرق بين الاختبارات اللفظية والعملية. أما العامل الثالث فلم تكن له دلالة. كما وجد عماد الدين اسماعيل فى دراسة عاملية أخرى (على عينة السن من ١٦–١٩ سنة) أن هناك عاملان: أحدهما عامل عام شائع فى جميع الاختبارات والثانى ليست عليه تشبعات جوهرية.

ويرجع اسماعيل الفروق فى التركيب العاملى بين نتائج الدراسات العاملية الأمريكية والمصرية إلى الفروق الثقافية (ل.م. كامل، ١٩٩١) ولعلنا نضيف إلى ذلك احتمال أن تكون الفروق راجعة إلى اختلاف الأساليب المستخدمة فى التحليل العاملى أو تدوير المحاور.

الدلالات الإكلينيكية لمقياس الوكسلر:

هناك عدد من الطرق التى تم تطويرها لمحاولة استخلاص بعض الدلالات الاكلينيكية من مقياس وكسلر، وأهم هذه الطرق :

١ – تصنيف مستوى الذكاء:

يمكن تصنيف ذكاء الفرد حسب نسبة ذكائه فى إحدى الفئات التالية :

نسبة الذكاء	التصنيف	النسبة المئوية
٦٩ فأقل	متخلف عقلياً	٢.٢
٧٠-٧٩	مستوى هامشي	٦.٧
٨٠- ٨٩	متوسط منخفض	١٦.١
٩٠-١٠٩	متوسط	٥٠.٠
١١٠-١١٩	متوسط مرتفع	١٦.١
١٢٠-١٢٩	ممتاز	٦.٧
١٣٠ فما فوق	ممتاز جداً	٢.٢

جدول رقم (٥-١) يوضح تصنيفات الذكاء على مقياس وكسلر (ل. مليكة،١٩٩١، ص٤٢)

٢- الفرق بين نسبة الذكاء اللفظى والعملى:

تشير نتائج بعض البحوث إلى أن الاضطرابات العقلية تؤثر على أداء الفرد على اختبارات المقياس العملى بصورة أوضح مما هو الحال فى اختبارات المقياس اللفظى. وينطبق ذلك على الذهان الوظيفى والذهان العضوى بشكل خاص. ويتضح ذلك فى شكل ارتفاع نسبة الذكاء اللفظى عن نسبة الذكاء العملى. ولكن يلاحظ أن من المعتاد أن نجد مثل هذه الفروق عند الأسوياء. ولا تؤخذ هذه الفروق بصورة جدية إلا إذا كانت فروقاً جوهرية ويندر حدوثها عند الأسوياء. كما نجد فى بعض الأحيان الأخرى أن نسبة الذكاء العملى أعلى من نسبة الذكاء اللفظى. ويرى وكسلر أن الارتفاع الجوهرى لنسبة الذكاء العملى عن نسبة الذكاء اللفظى يتضح بصورة خاصة فى حالات التخلف العقلى أو الاضطرابات السلوكية المعادية للمجتمع (السيكوباتية). غير أن ذلك يحتاج إلى مزيد من الدراسات لقبوله أو رفضه.

٣- تحليل تشتت الصفحة النفسية:

ويقصد بتشتت الصفحة النفسية تفاوت درجات الفرد على الاختبارات الفرعية لمقياس الوكسلر. والافتراض القائم وراء حساب التشتت هو أن المرض النفسى يؤثر بدرجات متفاوتة على الأداء على الاختبارات المختلفة. وقد يرجع ذلك إلى اختلاف طبيعة الوظائف العقلية التى تقيسها الاختبارات المختلفة. فمثلاً اختبار المفردات هو عبارة عن تقييم لما تعلمه الفرد منذ الطفولة وقبل حدوث المرض العقلى فى أغلب الأحوال. أما الأداء على بعض الاختبارات الأخرى كالمكعبات أو الفهم العام مثلاً

فيتطلب من المفحوص إعمال الفكر وبذل الجهد العقلى فى حل مشكلات جديدة، ويعتمد ذلك على قدرة الفرد على تركيز الانتباه والتعلم من الخبرات الجديدة ..الخ. وهذه القدرات أشد تأثراً بالمرض، وبالتالى يتضح هذا التأثير السلبى فى الانخفاض النسبى لدرجات المريض على هذه الاختبارات.

وهناك عدة طرق لحساب التشتت منها حساب الانحراف أو التشتت عن المتوسط بالنسبة لكل اختبار فرعى، ومنها حساب تشتت درجة الفرد على كل اختبار على حدة عن متوسط درجات الفرد على بقية الاختبارات الأخرى. ومنها أيضاً حساب مقدار اختلاف درجة كل اختبار فرعى عن درجة اختبار المفردات على افتراض أن اختبار المفردات يمثل مستوى الأداء الأصلى السابق على المرض لدى الفرد. على أن هناك عدداً من التحفظات حول استخدام تحليل التشتت استخداماً اكلينيكياً. فالدراسات التى أجريت فى هذا المجال لم تؤد إلى نتائج حاسمة.

٤ – تحليل النمط :

ويعتمد تحليل الأنماط على افتراض أن الفئات الاكلينيكية تتميز بأنماط فريدة فى درجاتها على الاختبارات. وهناك دراسات عديدة حاولت أن تحدد نمط الدرجات المميزة لكل فئة من فئات المرض النفسى، مثل الفصام والهستريا والقلق والوسواس القهرى والتخلف العقلى والاصابات العضوية للدماغ...الخ. ومرة أخرى لم تؤد الدراسات التى أجريت على تحليل الأنماط إلى نتائج حاسمة، بل توصلت فى كثير من الأحيان إلى نتائج متناقضة. وعلى أية حال فمثل هذه الدراسات تحتاج إلى مانسميه بالصدق التحققى[٥]، وهى تلك الدراسات التى تستخدم عينات جديدة فى محاولة التحقق من صحة نتائج الدراسة الأولى، للتأكد مما إذا كانت تلك النتائج حقيقية أم راجعة إلى الصدفة المحضة.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال :

يشبه مقياس وكسلر لذكاء الأطفال مقياس وكسلر لذكاء الراشدين بوجه عام. فمعظم اختباراته مشابهة إلا أنها تحتوى على بنود أسهل. وقد نشر وكسلر عدة مراجعات للمقياس. وآخر تلك المراجعات هى: مقياس وكسلر لذكاء الأطفال– المراجعة الثالثة (D. Wechsler, 1991).

وفى مصر قام كل من عماد اسماعيل ولويس كامل بنقل المقياس (الصورة الأولى) وإعداده باللغة العربية فى عام ١٩٥٦ ولكن المقياس مازال تحت التقنين.

---

5 - Cross-validation.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال: المراجعة الثالثة :

سوف نقدم هنا عرضاً موجزاً للمراجعة الثالثة للمقياس لما لها من التميز على الصور السابقة. ويعتبر هذا المقياس مراجعة شاملة تم فيها إضافة الكثير من البنود الجديدة والمواد الأكثر جاذبية للأطفال.

كما تم تقنينه على عينة جديدة، كما أصبح المقياس يغطى مدى عمرياً أكبر يمتد من سن ٣ إلى سن ٧ سنوات. ويشتمل المقياس على المقاييس الآتية (حسب ترتيب تطبيقها):

المقياس العملى	المقياس اللفظى
١- تكميل الصور	٢- المعلومات
٣- الترميز	٤- المتشابهات
٥- ترتيب الصور	٦- الحساب
٧- رسوم المكعبات	٨- المفردات
٩- تجميع الأشياء	١٠- الفهم العام
١١- البحث عن الرموز (اختبار تكميلى بدلاً عن اختبار الترميز فقط)	١٢- إعادة الأرقام (اختبار تكميلى) (يمكن أن يحل محل أى مقياس لفظى آخر)
١٣- المتاهات (اختبار بديل)	

ويمكن الحصول من تطبيق المقياس على نسبة الذكاء اللفظى، ونسبة الذكاء العملى، ونسبة الذكاء الكلى. وبالإضافة إلى ذلك يمكن الحصول أيضاً على أربع درجات أخرى، وهى عبارة عن نسب مبنية على أساس التحليلات العاملية للمقياس. وهى :

١- **الفهم اللفظى** Verbal Comprehension Index ويتكون من درجات اختبارات المعلومات والمتشابهات، والمفردات، والفهم العام.
٢- **التنظيم الإدراكى** Perceptual Organization Index ويتكون من درجات اختبارات تكميل الصور، وترتيب الصور، وترتيب المكعبات، وتجميع الأشياء.
٣- **التحرر من التشتت** Freedom from Distractibility Index، ويتكون من درجات اختبارى الحساب، وإعادة الأرقام.
٤- **سرعة المعالجة** Processing Speed ويتكون من درجات اختبارى الترميز والبحث عن الرموز.

تقنين المقياس:

تم تقنين المقياس على عينة ممثلة لأطفال الولايات المتحدة من ناحية العمر والجنس واللون والموقع الجغرافى وتعليم الآباء. وقد تكونت العينة من ٢٠٠ طفل عند كل مستوى عمرى من سن ٦ سنوات حتى سن ١٦ سنة وكان نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث.

الثبات:

تم حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية لكل الاختبارات باستثناء اختبارى الترميز والبحث عن الرموز. وقد كانت معاملات الثبات لنسب الذكاء اللفظى والكلى فى التسعينات، بينما تراوحت معاملات ثبات المقياس العملى بين ٠.٨٦ و٠.٩٤. وتراوحت معاملات الثبات للنسب العاملية الأربع بين ٠.٨٠ و٠.٩٥. أما معاملات ثبات الاختبارات الفرعية اللفظية فقد تراوحت بين ٠.٧١ و٠.٩١. وتراوحت معاملات ثبات الاختبارات الفرعية العملية بين ٠.٦٠ و٠.٩٢. ويلاحظ أن من الضرورى ذكر الخطأ المعيارى للقياس وحدود الثقة عند عقد المقارنات بين درجات الاختبارات الفرعية. ويلاحظ أن وكسلر قد حسب أيضاً الثبات بطريقة إعادة الاختبار حيث كانت مقاربة لمعاملات الثبات النصفى وإن كانت أدنى منها قليلاً.

الصدق:

يعرض وكسلر عرضاً مفصلاً للصدق فى كتيب الاختبار، وسوف نوجز ذلك فى حديثنا عن الصدق. ويلاحظ أنه يعتمد على تلك البحوث التى أجريت على المراجعات السابقة للمقياس.

الدليل على وجود ثلاث عوامل يقيسها المقياس:

يذكر وكسلر أن البحوث العاملية التى أجريت على مدى سنوات طويلة تؤيد وجود **قدرة عامة أو إجمالية** global(G) وهو ماتقيسه نسبة الذكاء العام. كما يستشهد وكسلر بالدراسات العاملية التى تحققت من وجود عاملين كبيرين هما **عامل للفهم اللفظى وعامل آخر للتنظيم الادراكى**، وهما على اتساق مع قسمة الاختبار إلى مقياسين عملى ولفظى. كما يدلل وكسلر على وجود عامل ثالث بدراسات كاوفمان الذى استخلص عاملاً ثالثاً أطلق عليه اسم عامل التحرر من التشتت Freedom from Distractibility يتشبع عليه اختبارا الحساب وإعادة الأرقام.

صدق التعلق بالمحك:

١- ارتباطات المقياس مع غيره من المقاييس:

يعرض وكسلر للدراسات التى تم فيها حساب الارتباطات بين مقياس وكسلر لذكاء الأطفال وبعض مقاييس الذكاء الأخرى. فمثلاُ كانت الارتباطات بين المقياس ومقاييس وكسلر الأخرى مرتفعة يقع معظمها فى الثمانينات. كما حسبت الارتباطات بين مقياس وكسلر ومقاييس التحصيل مثل اختبار التحصيل الواسع المدى Wide Range Achievement Test (WRAT) فقد وجد أن الارتباط بين درجات القراءة والمقياس اللفظى ٠.٥٧ وبين درجات القراءة والمقياس الكلى ٠.٥٦ وبين درجات الحساب والمقياس اللفظى ٠.٦٢ وبينها وبين المقياس الكلى ٠.٥٢.

٢- الفروق بين الجماعات المحكية:

تبين من بعض الدراسات أن المتخلفين عقلياً حصلوا على نسب ذكاء تتراوح بين ٥١ و٦٨؛ بينما حصل الموهوبون على نسب ذكاء تتراوح بين ١٢٣ و١٤٠ أما الأطفال الذين يعانون من إعاقات التعلم فقد كانت درجاتهم أدنى على اختبارات الحساب، وإعادة الأرقام، والترميز.

مقياس وكسلر قبل المدرسى والأولى للذكاء:

قدم وكسلر مقياس "وكسلر قبل المدرسى والأولى للذكاء " الويبسى WPPSI Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence فى سنة ١٩٦٧ ثم قدم مراجعة المقياس WPPSI-R فى سنة ١٩٨٩. وهو يقيس الذكاء من سن ٣ سنولت حتى سن ٧ سنوات و٣ شهور. ويتكون المقياس من الاختبارات الآتية (مرقمة حسب ترتيب التطبيق):

المقياس العملى	المقياس اللفظى
١- تجميع الأشياء	٢- المعلومات
٣- التصميم الهندسى	٤- الفهم العام
٥- رسوم المكعبات	٦- الحساب
٧- المتاهات	٨- المفردات
٩- تكميل الصور	١٠- المتشابهات
١١- الحيوانات الملونة	

ويمكن الحصول من تطبيق الاختبار على نسبة الذكاء اللفظى، ونسبة الذكاء العملى ونسبة الذكاء الكلى.

تقنين المقياس:

تم تقنين المقياس على عينة طبقية stratified من ١٧٠٠ طفل. وتتكون العينة من ١٠٠ ولد و١٠٠ بنت عند كل مستوى عمرى من سن ٣ سنوات حتى سن ٧ سنوات، بالإضافة إلى ٥٠ ولد و٥٠ بنت من سن ٧ سنوات حتى سن ٧ سنوات وثلاثة شهور. وتم اختيار العينة بحيث تمثل الولايات التحدة جغرافياً، وعنصريا، وحسب تعليم الوالد (ة) بما يتمشى مع بيانات تعداد السكان.

الثبات:

تم حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية لنسب الذكاء ولكل الاختبارات فيما عدا اختبار الحيوانات الملونة، حيث تم حساب ثباته بإعادة التطبيق. واستخدمت كل عينات التقنين فى حساب الثبات النصفى. وقد تراوحت معاملات ثبات نسب الذكاء بين ٠.٩٢ و٠.٩٦ بينما تراوحت معاملات الثبات النصفى للاختبارات العملية بين ٠.٦٣ و٨٥،. وللاختبارات العملية بين ٠.٨٠ و٠.٨٤ وقد بلغ معامل ثبات إعادة التطبيق لمقياس الحيوانات الملونة ٠.٦٦.

الصدق:

يذكر وكسلر أن نتائج البحوث العاملية العديدة على مقياس وكسلر قبل المدرسى والأولى تشير فى جملتها إلى وجود عاملين: أحدهما عامل لفظى أو معرفى، والآخر عامل عملى. كما تشير بعض الدراسات الأخرى إلى وجود ارتباطات مرتفعة بين المقياس ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال. كما يذكر أيضاً أن الارتباطات بين المقياس ومقياس ستانفورد-بينيه تراوحت بين ٠.٥٦ و٠.٧٦ وفى دراسة أخرى تراوحت الارتباطات بين ٠.٦٠ و٠.٨٤ وبوجه عام فإن معظم ارتباطات المقياس مع مقاييس الذكاء الأخرى يغلب أن تكون بين المتوسطة والمرتفعة، بما يشير إلى أنها تقيس قدرات متشابهة.

كذلك فإن الدرجات التى يحصل عليها الأطفال الذين يعانون من إعاقات التعلم تبين أن أداءهم يختلف عن أداء الأطفال العاديين. ويذكر وكسلر أيضاً أن هناك دراسات تدلل على قدرة المقياس عند إعطائه قبل سن المدرسة على التنبؤ بالتحصيل الدراسى فى الصف الأول الابتدائى.

وبوجه عام فإن دراسات الصدق تشير فى جملتها إلى أن مقياس وكسلر قبل المدرسى والأولى أداة جيدة لقياس الذكاء عند الأطفال الصغار.

بعض المقاييس الأخرى للقدرة العقلية:

هناك الكثير من الاختبارات التى تقيس الذكاء والتى يمكن تصنيفها إلى فئات متعدد، مثل: اللفظية وغير اللفظية، والفردية والجمعية .... الخ، ولايتسع المقام هنا لعرض هذه الاختبارات عرضاً شاملاً. ولذلك سنكتفى هنا ببعض الأمثلة للاختبارات التى يشيع استخدامها فى العيادات النفسية.

مقياس المصفوفات المتدرجة Progressive Matrices:

نشر هذا المقياس رافين Raven فى بريطانيا ، وقد صممه لقياس العامل العام كما صاغه سبيرمان. وهناك عدة صور من المقياس، على النحو التالى:

١- **مقياس المصفوفات المتدرجة العادى:** Standard Progressive Matrices للراشدين من سن ١١ سنة حتى سن الرشد.

٢- **مقياس المصفوفات المتدرجة الملونة**Coloured Progressive Matrices للأطفال من سن ٥ سنوات حتى سن ١١ سنة.

٣- **مقياس المصفوفات المتدرجة المتقدمة** .Advanced P. M للمفحوصين من سن ١١ سنة من ذوى القدرة العقلية المتوسطة والأعلى من المتوسطة.

ويتكون الاختبار من عدد من المصفوفات أو النماذج المختلفة الأشكال. وقد اقتطع من كل نموذج منها جزء صغير. ويوجد أسفل النموذج عدد من القطع (٦ أو ثمانى قطع)، واحدة منها فقط تكمل النمودج وتتناسب مع الشكل. وعلى المفحوص أن يختار القطعة المكملة للنموذج من بين هذه القطع الصغيرة. ويمكن تطبيق الاختبار فردياً أو جمعياً، وبزمن محدد أو زمن مفتوح. ويلاحظ أن اختبار المصفوفات الملونة يناسب قياس الذكاء لدى الأطفال، كما يوصى باستخدامه أيضاً مع كبار السن. بينما يناسب اختبار المصفوفات المتدرجة المتقدمة الأفراد ذوى الذكاء المرتفع. وقد أعدت معايير الاختبار فى شكل مئينات بناءً على تطبيقه على عينات بريطانية. ولاتتوفر حتى الآن معايير كاملة للاختبار فى البلاد العربية.

ثبات الاختبار:

يذكر رافين أن معاملات ثبات اختبار المصفوفات المتدرجة المعيارية تتراوح

بين ٠.٨٨ و٠.٩٣. ومع ذلك فهو لايورد معاملات ثبات المصفوفات المتدرجة الملونة (U.Sinha, 1968)

صدق الاختبار:

تتراوح ارتباطات مقياس المصفوفات المتدرجة مع مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء بين ٠.٦٠ و٠.٩٠. (R. D. Savage, 1971) كذلك فقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة بين مقياس المصفوفات المتدرجة من ناحية وبعض اختبارات القدرة المكانية من ناحية أخرى. ويستنتج سينها (U.Sinha, 1968) من ذلك أن اختبار المصفوفات المتدرجة بالنسبة للجمهور الهندى (الذى تمت فيه الدراسة) ليس اختباراً للعامل العام فقط بل له تشبعات بالعامل المكانى[٦] إلى حد كبير. كما يذكر سينها أيضاً أن درجات اختبار المصفوفات المتدرجة ارتبطت بمعامل ارتباط ٠.٣٢ مع التقديرات الدراسية لطلاب العلوم والآداب، بينما ارتبطت بمعامل ارتباط ٠.٣٦٨ مع التقديرات الدراسية لطلاب الهندسة (المرجع السابق).

مقياس جودانف-هاريس للرسم Goodenough-Harris Drawing Test :

قدمت جودإنف F. Goodenough اختبار رسم الرجل فى سنة ١٩٢٦ لقياس النمو العقلى لدى الأطفال. ثم قام هاريس بإجراء بعض التطويرات على المقياس وأضاف إليه مقياساً لرسم المرأة وآخر لرسم الطفل لنفسه. كما أعد معايير جديدة للمقياس بعد إدخال هذه التعديلات. وقد قام كل من محمد فراج وعبد الحليم محمود وصفية مجدى بنشر المقياس بالعربية، وإن كان مازال تحت التقنين (م. فراج، ع. محمود، ص. مجدى، ١٩٧٦).

ويلاحظ أن المقياس أداة جيدة لتقدير مدى النضج العقلى للأطفال فيما بين سن الرابعة والثانية عشرة. وهى المرحلة التى أطلقت عليها نانسى بايلى N. Bayley مرحلة معالجة الرموز، والتى أطلق عليها جان بياجيه J. Piaget اسم مرحلة العمليات العيانية أو الملموسة. ويعرف هاريس النضج العقلى بأنه القدرة على تكوين مفاهيم تتسم بتزايد الطابع التجريدى. فرسم الأطفال يعتمد على تصوره الذهنى لما يرسمه، أى على درجة إدراكه للملامح والخصائص الأساسية التى يعتمد عليها فى تكوين مفهوم الفئة التى ينتمى إليها الشىء، أى أن مستوى رسم الطفل يعتمد على درجة التعقيد فى مفاهيمه عن الأشياء. ولذلك نجد أنه مع تزايد النضج العقلى للطفل تزداد قدرته على الرسم وتحديد الملامح.

---

6 - Spatial.

ثبات الاختبار:

تتراوح معاملات ثبات المصححين بين ٠.٨٣ و٠.٩٦ أما معاملات ثبات إعادة التطبيق فإنها تقع فى الستينات والسبعينات (م. فراج، ع. السيد، ص. مجدى، ١٩٧٦).

الصدق:

أجرى العديد من الدراسات على علاقة الاختبار ببعض اختبارات الذكاء الأخرى، ويلاحظ أن معاملات الارتباط تتفاوت فيما بينها تفاوتاً كبيراً. ويرجع ذلك إلى اختلاف المقاييس فى طبيعة الأبعاد أو الجوانب التى تركز عليها. ولكن معظم الارتباطات كانت فى الخمسينات. وفى دراسة أجريت على ١٠٠ طفل فى الصف الرابع تم حساب معاملات الارتباط بين اختبار رسم الرجل وعدد من الاختبارات الأخرى ذات التركيب العاملى المعروف. وقد أوضحت هذه الدراسة أن أعلى الارتباطات لمقياس رسم الرجل كانت مع اختبارات الاستدلال والاستعداد المكانى والدقة الادراكية. (من خلال: A. Anastasi, 1988) كما أظهرت دراسة أخرى أجريت على أطفال الحضانة أن مقياس رسم الرجل كانت له ارتباطات أعلى مع الاستعداد العددى وارتباطات أدنى مع السرعة والدقة الادراكية. وتوحى هذه النتائج باحتمال أن المقياس يقيس وظائف مختلفة عند الأعمار المختلفة (المرجع السابق).

ويتميز الاختبار بسهولة التطبيق والتصحيح بحيث يمكن الاستعانة به كأداة سريعة للاختبار، أو كأداة مكملة للاختبارات الأخرى.

اختبار متاهات بورتيوس:

قدم بورتيوس S. D. Porteus اختبار المتاهات سنة ١٩١٤ لقياس القدرة على التخطيط والتبصر.. وهو يتكون من عدد من المتاهات المتدرجة فى الصعوبة والتى تبدأ من سن ٣ سنوات حتى سن ٤، باستثناء سن ١٣ سنة الذى لاتوجد له متاهة خاصة به. وهناك تعليمات خاصة للاختبار، كما يمكن تطبيقه على الأشخاص الصم بدون التعليمات اللفظية. وهناك قواعد خاصة لتصحيح الاختبار بناء على أخطاء الأداء. كما وضع بورتيوس قواعد لتصحيح الأخطاء الكيفية على الاختبار.

وقد قام بورتيوس بإجراء عدد من الدراسات التى تشير إلى قيمته فى الكشف عن الآثار المترتبة على جراحات المخ lobotomy وكذلك تأثر درجات الاختبار فى حالات الفصام وذهان الهوس والاكتئاب. كما قام كمال مرسى بإجراء عدد من الدراسات على اختبار المصفوفات فى المجتمع الكويتى.

ويلاحظ أن الاختبار مازال بحاجة إلى الدراسة لتقنينه فى المجتمعات العربية، خاصة فيما يتعلق بصدق الاختبار بالنسبة للاستخدامات المختلفة.

اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعى :

وقد صممه دول Edgar Doll. ويطلق عليه حالياً اسم مقاييس فاينلاند للسلوك التكيفى Vineland Adaptive Behavior Scales. ويوجد ثلاث صور من المقياس يمكن أن يستخدم أى واحد منها على حدة أو تستخدم كلها معاً. ويعتمد اثنان من تلك الصور على أسلوب المقابلة شبه المفصلة، حيث يتم مقابلة الأم أو الأب أم من يقوم على رعاية الطفل. ويتكون أحدهما من ٢٩٧ بنداً، وهو يشبه كثيراً مقياس فاينلاند الأصلى. أما المقياس الثانى فيحتوى على ٥٧٧ بنداً. وتوفر المقاييس أساساً منظماً لتخطيط برامج العلاج والتعليم والتنمية السلوكية للطفل. ويصلح كلا المقياسين السابقين للتطبيق من سن الميلاد حتى سن ١٨ سنة، وكذلك على الراشدين المنخفضى الذكاء. أما الصورة الثالثة من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى فتسمى بمقياس الفصل الدراسى classroom edition. وتتكون من ١٤٤ بنداً يقوم باكمالها المدرس، وتغطى الفترة العمرية من سن ٣ سنوات إلى سن ١٢ سنة.

ويحتاج تطبيق الصورتين الأوليين وتفسيرهما إلى أخصائى نفسى مؤهل، أما بالنسبة للصورة الثالثة التى يقوم بإكمالها المدرس فإن التفسير يحتاج إلى أخصائى نفسى مؤهل. ويستخدم المقياس مفهوم المستوى القاعدى والمستوى السقفى كما هو الحال فى مقياس ستانفورد-بينيه، بحيث يتم فقط تطبيق تلك البنود التى تتناسب مع مستوى المفحوص، كما يتضح أثناء المقابلة.

ويلاحظ أن كل صور مقياس فاينلاند تركز على التعرف على مايقوم به الفرد فعلاً بصورة عادية فى حياته اليومية، وليس على مايعتقد الآباء (أو غيرهم) أنه يستطيع القيام به.

وتحتوى الصورتان الأوليان من المقياس على مجموعة من البنود (٣٢) بنداً تتعلق بأشكال السلوك الغير التكيفى أو غير المرغوب.

وقد تم تقنين المقياس على عينات ممثلة للمجتمع الأمريكى من حيث الجنس والعنصر والمستوى التعليمى للآباء وحجم المجتمع المحلى الذى يعيش فيه الفرد والمنطقة التى يعيش فيها، وذلك طبقاً للتعداد العام.. وتم أيضاً إعداد معايير تكميلية للجماعات الخاصة، بما فى ذلك الأفراد المتخلفين عقليين من المقيمين داخل أو خارج المؤسسات الخاصة، وكذلك عينات من الأطفال المضطربين انفعالياً، والمكفوفين

والصم المقيمين فى مؤسسات خاصة بهم. أما الصورة الثالثة فقد تم تقنينها على عين ممثلة للمجتمع العام تتكون من حوالى ٣٠٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٣ سنوات و١٢ سنة.

وقد تم إعداد درجات معيارية بمتوسط ١٠٠ وانحراف معيارى ١٥ للمجالات الأربع للسلوك التكيفى، وهى:

١- الاتصال.
٢- مهارات الحياة اليومية.
٣- التطبيع الاجتماعى.
٤- المهارات الحركية.

وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على المقياس أن معاملات الثبات النصفى، ومعاملات الثبات بإعادة تطبيق الاختبار كذلك معاملات ثبات المصححين مرتفعة بوجه عام. ويؤكد ذلك أن درجات المقياس تتصف بالاستقرار الزمنى .. كذلك فإن الدراسات الأخرى تشير إلى صدق المفهوم وإلى ارتباط المقياس بالمقاييس الأخرى للصدق التكيفى وببعض مقاييس الذكاء.

اختبارات أخرى للذكاء :

هناك العديد من اختبارات الذكاء الأخرى اللفظية وغير اللفظية الفردية والجمعية والتى يضيق المقام عن ذكرها فى هذا السياق. ومنها اختبار الذكاء الابتدائى واختبار الذكاء الثانوى، وكلاهما من إعداد اسماعيل القبانى. واختبار الذكاء الاعدادى واختبار الذكاء العالى وهما من إعداد السيد محمد خيرى. كما يمكن الحصول على درجة للمستوى العقلى العام من اختبارات القدرات العقلية الأولية لثيرستون والذى ترجمه وأعده بالعربية أحمد زكى صالح (أحمد زكى صالح، ١٩٧٩).

اختبارات الاستعدادات والقدرات :

تستخدم اختبارات الاستعدادات والقدرات فى عمليات التوجيه والارشاد المهنى للمرضى النفسيين. وقد أسهم التحليل العاملى فى تطوير اختبارات القدرات والاستعدادات، كما أعطى التطور الصناعى والمهنى دفعة قوية لحركة قياس القدرات والاستعدادات. وتستخدم هذه الاختبارات بكثرة فى عمليات الاختيار والتوجيه التربوى والمهنى، والتأهيل المهنى للمرضى والمعوقين. كما أن بعض الاختبارات الادراكية والحركية تستخدم فى مجال العيادة النفسية أيضاً.

وقد أدت الدراسات العاملية(A. Anastasi, 1988) إلى استخلاص العوامل الطائفية التى نعرض هنا لأهمها:

١- الفهم اللفظى Verbal Comprehension.
٢- طلاقة الكلمات Word Fluency.
٣- العامل العددى Number.
٤- العامل المكانى Space.
٥- ذاكرة التداعى Associative Memory.
٦- السرعة الادراكية Perceptual Speed.
٧- الاستقراء أو التفكير الاستدلالى العام Induction or General Reasoning.

وهناك عدد من بطاريات اختبارات القدرات التى تم نشرها واستخدامها فى معظم دول العالم، ومن أشهرها بطارية القدرات العقلية الأولية، وبطارية الاستعدادات الفارقة، وبطارية الاستعدادات العامة، وكذلك اختبارات القدرات الابداعية والقدرات الفنية والقدرات الموسيقية. وسوف نعرض بإيجاز شديد لأمثلة منها.

بطارية اختبارات الاستعدادات الفارقة :

أعد بطارية اختبارات الاستعدادات الفارقة Differential Aptitude Test Battery (DAT) كل من بينيت وسيشور وويسمان، وهى تشتمل على ثمانى اختبارات وهى: الاستدلال اللفظى، والقدرة العددية، والاستدلال الميكانيكى، والقدرة على استخدام اللغة: الجمل، والقدرة على استخدام اللغة: الاملاء والسرعة والدقة فى الأعمال الكتابية.

ويلاحظ أن المؤلفين قد استفادوا من نتائج الدراسات العاملية السابقة. وقد قام كل من لويس كامل مليكه والسيد محمد خيرى باقتباس اختبارات البطارية، كما استخدمت اختبارات البطارية فى عدد من الدراسات العاملية فى مصر.

بطارية اختبارات الاستعدادات العامة:

قام مكتب التوظيف الأمريكى USES فى الولايات المتحدة بإعداد بطارية اختبارات الاستعدادات العامة General Aptitude Test Battery، وتشتمل هذه البطارية على ١٢ اختباراً تقيس ٩ عوامل وهى: الذكاء، الاستعداد اللفظى، الاستعداد العددى، الاستعداد المكانى، ادراك الأشكال، الادراك الكتابى، التآزر الحركى، مهارة الأصابع، المهارة اليدوية.

وقد قام محمود عبد القادر باقتباس عدد من اختبارات البطارية وتقنينها ونشر كتيب خاص بنتائج التقنين.

اختبارات القدرات العقلية الأولية :

أعد ثرستون Thurstone بطارية اختبارات القدرات العقلية الأوليـــة Primary Mental Abilities (PMA) بناءً على نتائج دراساته العامليه. وتحتوى البطارية فـــى صورتها الحالية على خمس مستويات تبدأ من الحضانة حتى نهاية التعلـــيم الثـــانوى. وعند كل مستوى نجد أربع أو خمس اختبارات تقيس العوامل التالية: المعنى اللفظـــى، والسهولة العددية، والعلاقات المكانية، والاستدلال، والسرعة الادراكية. ويلاحـــظ أن العوامل الثلاث الأولى يتم قياسها عند كل مستوى من المستويات السابقة الذكر، أمـــا عامل الاستدلال فيقاس فقط عند المستويات العليا، بينما يقاس عامل السرعة الادراكية عند المستويات العمرية المبكرة. وقد قام أحمد زكى صالح (١٩٧٩) بإعداد البطاريـــة باللغة العربية. وتتضمن هذه الصورة العربية أربع اختبارات هـــى: اختبـــار معـــانى الكلمات، واختبار الإدراك المكانى، واختبار التفكير، واختبار الأعداد.

٦

الفصل السادس

اختبارات الشخصية في الفحص الإكلينيكي

الفصل السادس
اختبارات الشخصية فى الفحص الإكلينيكي

عندما نتكلم عن قياس الشخصية فإننا نقصد فى هذا السياق قياس تلك الجوانب اللامعرفية noncognitive من الشخصية؛ أى تلك الجوانب التى لاتتعلق مباشرة بالذكاء والقدرات العقلية. ومن أمثلة ذلك السمات الوجدانية، والدوافع، والميول، والاتجاهات، والقيم. ويوجد فى وقتنا الحاضر الكثير من اختبارات الشخصية التى يستخدمها الأخصائيون النفسيون فى العيادات النفسية. ومن الممكن بصورة عامة تصنيف اختبارات الشخصية إلى فئتين رئيسيتين :

أ - الاختبارات المفصلة.

ب- الاختبارات الاجمالية أو الاسقاطية.

وسوف نتناول كل فئة منهما على حدة فيما يلى.

أولاً: اختبارات الشخصية المفصلة :

ويطلق على هذه الاختبارات أحياناً اسم اختبارات الشخصية الموضوعية. وهى تتميز بأن المنبهات التى تقدمها للمفحوص عبارة عن منبهات مفصلة على شكل أسئلة أو بنود محددة يجيب عليها المفحوص. وذلك بالمقارنة بالاختبارات الاسقاطية التى تقدم للمفحوص عادة منبهات غامضة أو إجمالية. ويمكن تصنيف الاختبارات المفصلة بطرق متعددة. ولعل أكثر التصنيفات شيوعاً لتلك الاختبارات ذلك التصنيف الذى اتبعته أنستازى (A. Anastasi, 1988)، حيث تصنف تلك الاختبارات إلى أربع فئات:

١- الاستخبارات المبنية على أساس صدق المضمون.

٢- الاستخبارات المبنية على أساس الصدق الخبروى (الامبيريقى empirical).

٣- الاستخبارات المبنية على أساس الصدق العاملى.

٤- مقاييس أساليب أو وجهات الاستجابة response set.

على أنه ينبغي ملاحظة أن أشهر المقاييس المبنية على أساس الصدق الامبيريقى وهو مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية قد مزج فى مراجعته الأخيرة (MMPI-2) الصدق الامبيريقى وصدق المضمون.

أولاً: الاستخبارات المبنية على أساس صدق المضمون:

يركز القائم على تصميم الاختبار اهتمامه هنا على تجميع البنود معا تبعاً لمدى اتصالها بمجال معين؛ ثم يقوم بعد ذلك بصياغتها فى شكل أسئلة يطرحها على المفحوصين للإجابة عليها بنعم أولا.. ومن أمثلة ذلك صحيفة ودورث للبيانات الشخصية، والتى ظهرت خلال الحرب العالمية الأولى Woodworth Personal Data Sheet. وقد صممها وودورث أصلاً لكى تستخدم كبديل عن المقابلة السيكياترية، توفيراً للوقت، وحتى يتيسر عن طريقها فحص أعداد كبيرة من الأفراد المجندين فى وقت قصير. وقد اشتملت صحيفة ودورث للبيانات الشخصية على الكثير من الموضوعات التى يسأل عنها الطبيب النفسى عادة أثناء المقابلة السيكياترية. وقد أصبحت صحيفة البيانات الشخصية فيما بعد نموذجاً لقياس الجوانب اللا معرفية من الشخصية. ومن الأمثلة الأخرى على هذا النوع من المقاييس قائمة المشكلات التى نشرها مونى Mooney Problem Check List.

ثانياً: الاستخبارات المبنية على أساس الصدق الامبيريقى:

وهنا يتجه الاهتمام إلى تصميم مقاييس للشخصية يمكنها التمييز بين الجماعات المحكية[1] المختلفة، خاصة الجماعات المرضية. ومن أشهر الأمثلة على ذلك مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية The Minnesota Multiphasic Personlity Inventory (MMPI) والذى ظهر لأول مرة فى سنة ١٩٤٣، وقد أعده كل من هاثاواى وماكينلى فى جامعة منيسوتا الأمريكية، كما تم نشر أول مراجعة لهذا المقياس فى سنة ١٩٨٩ والتى نشرت باسم مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية – الثانىMMPI-2. كما تم نشر أول صورة من المقياس للمراهقين MMPI-A فى سنة ١٩٩٢. وقد نشر لويس كامل مليكة وزملاؤه اختبار الشخصية المتعدد الأوجه فى مصر فى سنة ١٩٥٥.

ونظراً لأن هناك العديد من الكتابات عن النسخة الأصلية من المقياس باللغة العربية فسوف نكتفى هنا بالحديث عن آخر مراجعات المقياس فى الولايات المتحدة، أى المراجعة الثانية للراشدين والمراجعة الخاصة بالمراهقين، خاصة وأن هذه المراجعات فى سبيلها إلى النشر فى بعض البلاد العربية.

أ – مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية–الثانى MMPI-2:

حاول القائمون بإعداد هذه المراجعة المحافظة على استمرارية المقياس الأصلى.

1 - Criterion groups.

وقد قاموا بتعديل بنود المقياس لجعلها أكثر ملاءمة للتغيرات الحضارية التى طرأت على المجتمع منذ نشر المقياس، كما قاموا بتقنينه على عينة أفضل تمثيلاً للمجتمع. وقد اشتملت الصورة النهائية للمقياس على ٥٦٧ بنداً. ويمكن استخدام المقياس مع الأشخاص الذين يصل مستواهم فى القراءة إلى مستوى الصف الثامن (الصف الثانى الإعدادى). وبعد التطبيق يمكن الحصول على درجات مقاييس الصدق ودرجات المقاييس الاكلينيكية التقليدية، كما يمكن الحصول على درجات مقاييس المضمون والمقاييس التكميلية. وسوف نتحدث بإيجاز عن هذه المقاييس.

مقاييس الصدق: وهى على النحو التالى (J. Graham,1990) :

١ – مقياس علامة الاستفهام (؟):

وهو ببساطة عبارة عن عدد البنود المحذوفة التى لم يجب عليها المفحوص، أو التى أجاب عليها بنعم ولا معاً. وقد يرجع حذف البنود إلى الاهمال أو إلى الخلط الذهنى، أو قد يعكس ذلك محاولة من جانب المفحوص لتجنب الاعتراف بأشياء غير مقبولة، أو قد يرجع إلى عدم توفر المعلومات أو الخبرة اللازمة للإجابة لدى المفحوص. وللحد من هذه الظاهرة وتلافيها يحسن أن يشرح الأخصائى للمفحوص ضرورة الإجابة على كل سؤال، وأن يقوم أيضاً بمراجعة ورقة الإجابة عند انتهاء الاختبار.

٢ – مقياس الكذب (ل):

وقد صمم هذا الاختبار للكشف عن المحاولات المتعمدة من جانب المفحوص لإعطاء صورة جيدة عن نفسه.

٣– مقياس الخطأ (ف):

ويهدف هذا الاختبار للكشف عن الطرق غير العادية أو المختلفة اختلافاً كبيراً عن المعتاد فى الإجابة على بنود الاختبار.

٤ – مقياس التصحيح (ك):

وقد صمم هذا المقياس للكشف عن المحاولات الماهرة من جانب المفحوص لإنكار المرض النفسى، وتقديم صورة جيدة عن نفسه أو العكس أى المبالغة فى إعطاء صورة مرضية عن نفسه.

٥– مقياس الندرة بالصفحات الأخيرة:

ويلاحظ أن هذا المقياس الجديد شبيه بمقياس "ف" السابق ذكره، والذى توجد معظم بنوده فى بداية المقياس، أما مقياس الندرة بالصفحات الأخيرة فقد وضع فى

أواخر المقياس. ويعنى ارتفاع الدرجة على هذا المقياس أن المفحوص قد توقف عن تركيز الانتباه عند إجابته على بنود الاختبار فى الأجزاء الأخيرة من المقياس وبدأ يجيب بطريقة عشوائية تتسم بالإهمال.

٦- مقياس تناقض الاستجابات المتغير:

وقد أضيف هذا المقياس الجديد فى المراجعة الثانية، وهو يقيس مدى عدم اتساق المفحوص مع نفسه فى الإجابة على الاختبار. وهو يتكون من ٦٧ زوجاً من البنود التى توضح الإجابة عليها مدى اتساق المفحوص أوتناقضه مع نفسه.

٧- مقياس تناقض استجابات "صحيح":

ويهدف هذا المقياس الجديد إلى الكشف عن المفحوصين الذين يستجيبون بطريقة غير متسقة للبنود وذلك بإعطاء استجابة صحيح للبنود دون تمييز (أسلوب استجابة الموافقة acquiescence)، أو بإعطاء استجابة خطأ للبنود دون تمييز (أسلوب استجابة المخالفة nonacquiescence).

المقاييس الاكلينيكية :

١- مقياس توهم المرض (Hs):

ويتعلق هذا المقياس بتلك الشكاوى المتصلة بأداء وظائف الجسم، والتى يعبر عنها بعض المرضى، حيث يشكو المريض غالباً من آلام البطن والظهر. وغالباً ما تستمرشكوى المريض رغم تأكيدات الأطباء بعدم وجود أى دلائل طبية على وجود مرض جسمي. وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى تمنى الشخص أن يختفى مصدر الضغوط تلقائياً (من نفسه)، كما تشير إلى الميل للإبتعاد وجدانياً عن الموقف الضاغط عند الرجال، وإلى الميل للوم النفس بسبب الموقف الضاغط بين النساء.

٢- مقياس الاكتئاب (D):

ويتصل هذا المقياس بانخفاض المعنويات والقنوط أو فقدان الأمل وعدم رضاء الشخص عن أوضاعه، وفقدان الاهتمام بالأشياء التى اعتاد أن يحبها الفرد، إلى جانب اضطرابات النوم والحساسية الزائدة والميل للعزلة. ويميل الرجال ذوى الدرجات المرتفعة على المقياس إلى تجنب التفاعل مع الآخرين عند مواجهتهم للمواقف الضاغطة. بينما تميل النساء إلى لوم أنفسهن على مايواجهنه من المواقف الضاغطة.

٣- مقياس الهستريا (Hy):

يحتوى هذا المقياس على مجموعتين من البنود: تلك المتصلة بالشكاوى الجسمية، وتلك التى تبين أن المريض يعتبر نفسه أقل توافقاً أو أقل تطبيعاً اجتماعياً. ويميل

الأشخاص الذين تكون درجتهم على هذا المقياس أعلى من سائر درجاتهم الأخرى إلى الاستسلام واليأس عند مواجهة الصعاب، وإلى عدم محاولة التغلب على مصدر الضغوط. ويوصفون عادة بأنهم متمركزون حول الذات وغير ناضجين ويتصفون بالطفلية.

٤- مقياس الانحراف السيكوباتى (Pd):

ويقيس الاختبار سوء التوافق الاجتماعى والافتقار إلى الخبرات السارة. ويميل الأشخاص ذوى الدرجات المرتفعة على هذا الاختبار إلى أن يكونوا أكثر إجتماعية، كما يميلون إلى النشاط وسهولة الاختلاط بالآخرين، وفى حقيقة الأمر يميلون لعدم تحمل المسئولية والتقلب الوجدانى كما أنهم أشخاص لايعتمد عليهم. كما يميل الرجال إلى استعمال الخمر والمخدرات للهرب من مواجهة الموقف الصعبة.

٥- مقياس الذكورة والأنوثة (M-f):

ويميل الرجال الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس إلى السلبية وإلى البحث عن المساندة الاجتماعية عند مواجهة الصعاب. بينما يوصف النساء اللاتى يحصلن على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالعدوانية والتحكم والمنافسة.

٦- مقياس البارانويا (Pa):

ويقيس الحساسية فى العلاقات الشخصية واعتقاد الشخص بأنه على حق أخلاقياً، وبالميل إلى التشكك فى الآخرين. ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالتشكك والعدوانية والحذر من الآخرين والميل إلى الجدال وإلى لوم الآخرين. وقد وجد كثير من الباحثين أن المقياس لم ينجح فى التمييز بين مرضى البارانويا وغيرهم من المرضى (R. Greene, 1991).

٧- مقياس السيكاثينيا (Pt):

وقد صمم هذا المقياس لتشخيص فئة مرضية هى فئة مرضى الوهن النفسى أى الأشخاص الذين لايقدرون على مقاومة أفعال أو أفكار معينة رغم شعورهم بعدم ملاءمتها. ولم تعد هذه الفئة قائمة فى التشخيص السيكياترى فى وقتنا الحاضر، وحل محلها استخدام الاصطلاحات المتعلقة بالوساوس والأفعال القهرية. ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالميل إلى القلق والتوتر وعدم الحسم وصعوبة التركيز.

٨- مقياس الفصام (Sc):

ويقيس عدداً من الأشكال السلوكية المختلفة مثل الاضطرابات الإدراكية، وعمليات التفكير الغريبة، والاغتراب الاجتماعى، والعلاقات الاسرية غير الجيدة،

ومشكلات التركيز، وضبط الاندفاعات، والتساؤلات المزعجة حول الهوية الذاتية وقيمة الذات. ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالتبلد الوجدانى وصعوبات التفكير وبالاغتراب مما يمكن أن يعكس اضطراباً ذهانياً بالفعل.

٩- مقياس الهوس الخفيف (Ma):

يتعلق هذا الاختبار بالزهو، وتقلب المزاج، وتطاير الأفكار، والإستثارة النفسحركية. ويوصف الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بأنهم اندفاعيون، وتنافسيون، وميالون للثرثرة، ونرجسيون، وسطحيون فى علاقاتهم الاجتماعية.

١٠- مقياس الانطواء الاجتماعى (Si):

ويقيس هذا الاختبار الميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية، والخجل، وتفضيل الوحدة أو أن يكون الشخص مع مجموعة صغيرة العدد، كما أن ارتفاع درجة المفحوص على هذا الاختبار قد يعكس الافتقار إلى المهارات الاجتماعية.

مقاييس المضمون لمقياس منيسوتا التعدد الأوجه :

يرى بعض علماء النفس أن موقف الاختبار يعتبر بمثابة وسيلة للاتصال، يقدم المفحوص نفسه من خلالها للآخرين، لإعطاء الانطباع المرغوب إلى الآخرين. فكأن إجابات المفحوص التى يعطيها على الاختبار هى عبارة عن رسالة يرسلها إلى الفاحص (J.Wiggins, 1990). وقد حاول القائمون على مراجعة الاختبار تطوير طرق جديدة للنظر إلى خصائص الشخصية وإلى المشكلات الاكلينيكية – وذلك من خلال تفحص الموضوعات أو أبعاد المضون التى يذكرها المفحوص عن نفسه. وفى وقتنا الحاضر لم يعد الأسلوب الامبيريقى هو أهم الأساليب أو أكثرها كفاءة فى قياس الشخصية كما كان عليه الحال عنما صمم المقياس الأصلى (Butcher, et al, 1990). كما يذكر بتشر أيضاً أن المقاييس المبنية على أساس المضمون قد أثبتت صدقها فى وصف متغيرات الشخصية والتنبؤ بها بنفس القدر الذى أظهرته المقاييس المبنية باستخدام الأساليب الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك فإن مقاييس الشخصية المبنية على أساس المضمون تمتاز بأنها أسهل تفسيراً بالنظر إلى تجانس مضمونها. وقد أدى بناء المقياس الأصلى على أساس الصدق الامبيريقى وحده إلى وجود قدر كبير من التداخل فى استخدام نفس البنود فى أكثر من مقياس واحد فى حالات كثيرة. وتمثل إضافة مقاييس المضمون إلى مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية تطوراً كبيراً فى وجهة النظر التى ارتكز عليها بناء هذا المقياس. وقد اعتمد بناء مقاييس المضمون

على اتباع وجهة نظر منطقية استنباطية اعتمدت على استخدام الطرق المنطقية، النظرية، والتى تولى اهتماما كبيراً للمفاهيم أو التصورات النظرية لمكونات الشخصية. وجدير بالذكر أن علماء النفس قد طوروا من قبل عددا من مقاييس المضمون من مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، منها على سبيل المثال مقاييس ويجينز للمضمون Wiggins Content Scales، ومنها أيضاً مقاييس هاريس- لينجوس الفرعية Harris-Lingoes Subscales. ونقدم فيما يلى وصفاً مختصراً لمقاييس المضمون الخاصة بمقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (المراجعة الثانية). (Butcher, et al, 1990; Greene1991)

أولاً: مقاييس الأعراض الداخلية:

١- مقياس القلق (ANX) Anxiety :

ويورد الاشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس الأعراض العامة للقلق والعصبية والفكر ومشكلات النوم والتركيز. وهم يخافون من فقدان عقولهم ويشعرون بشدة ضغوط الحياة ويجدون صعوبة فى اتخاذ القرارات. ويبدون على وعى بهذه المشكلات ويعترفون بوجودها.

٢- مقياس المخاوف (FRS) Fears

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى شخص لديه الكثير من المخاوف النوعية. وهى تشمل رؤية الدم، والأماكن المرتفعة، والعناكب، والثعابين، والخروج من المنزل، والحرائق والعواصف والكوارث الطبيعية، والماء؛ والظلام، الخ.

٣- مقياس الحواز (OBS) Obsessions

ويعانى الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس من صعوبات جمة فى اتخاذ القرارات، ويفرطون فى التفكير فى الأمور أو المشكلات المختلفة، ويكثرون من الفكر (الهم)، ويكرهون التغيير، كما قد يذكرون أشكالاً من السلوك القهرى مثل عد الأشياء غير الهامة أو تخزينها.

٤- مقياس الاكتئاب (DEP) Depression

ويعانى هؤلاء من المزاج المكتئب والتفكير المكتئب. وهم يشعرون بأنهم غير سعداء وقد فقدوا الاهتمام بالأشياء التى كانوا يحبونها من قبل، كما أنهم لايشعرون بالثقة بالنسبة للمستقبل، ويشعرون باليأس؛ ويبكون بسهولة؛ وقد يذكرون أن لديهم أفكاراً انتحارية أو أنهم يتمنون الموت؛ وقد يشعرون بالذنب أو بأنهم قد عملوا شيئاً لايغتفر.

٥- مقياس الشواغل الصحية (HEA) Health Concerns

ويورد الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس العديد من الشكاوى الجسمية التى تشتمل العديد من أجهزة الجسم. ومن تلك الأعراض الغثيان والتقيؤ والألم وآلام الصدر والقلب والرقبة والرأس. وقد يشكون من تقلص العضلات ونوبات الدوار والاغماء؛ ويقلقون على صحتهم كما يخافون من العدوى ويعتقدون بأن حالتهم الصحية أسوأ من غالبية الناس.

٦- مقياس الأفكار الغريبة (BIZ) Bizzare Mentation

ويورد هؤلاء الأشخاص الكثير من الأفكار والخبرات الغريبة؛ والأفكار الاضطهادية؛ والهلاوس المختلفة وقد يعتقدون بأن لديهم قوى خارقة للعادة.

ثانياً: مقاييس الميول العدوانية الخارجية:

٧- مقياس الغضب (ANG) Anger

ويذكر الاشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس أنهم يشعرون بالقابلية للانفجار غضباً؛ وبسوء المزاج؛ وقلة الصبر؛ وفوران الغضب؛ والعناد؛ ويشعرون أحياناً بالرغبة فى سب الآخرين أو تحطيم الأشياء؛ وقد يفقدون السيطرة على أنفسهم ويحطمون الأشياء أو يعتدون على الآخرين بالفعل.

٨- مقياس التشكك فى الناس (CYN) Cynicism

ويتوقع هؤلاء الأشخاص من الناس سلوك الكذب والسرقة والغش، وأنهم إذا لم يفعلوا ذلك فهو بدافع الخوف من اكتشاف أمرهم. فهم لايثقون بأى انسان. والناس يستغلون بعضهم البعض، وإن أظهروا الصداقة فإنما يرجع ذلك لأسباب أنانية. ويغلب أن تكون لديهم اتجاهات سلبية نحو الآخرين فى محيط الأسرة والعمل والأصدقاء.

٩- مقياس الممارسات المعادية للمجتمع (ASP) Antisocial Practices

ويورد الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة المشكلات السلوكية خلال سنوات المدرسة؛ والممارسات المعادية للمجتمع مثل السرقة ومخالفات القانون، ويرون أنه لاغضاضة فى الالتفاف حول القانون.

١٠- مقياس الطراز "أ" (TPA) Type A

وهؤلاء الأشخاص يصفون أنفسهم بأنهم سريعى الحركة، كثيرى النشاط، يركزون على العمل وكثيراً ما يشعرون بالجزع وفقدان صبرهم، وبسرعة الغضب، والتبرم من الانتظار. ويجدر بالذكر أن هناك الكثير من الكتابات السيكولوجية حول نمط الشخصية "أ" خاصة من ناحية علاقته بالأمراض الجسمية كأمراض القلب.

ثالثاً: مقاييس النظرة السالبة للذات:

١١- مقياس تدنى النظرة للذات Low Self-Esteem

تشير الدرجات المرتفعة على هذا المقياس إلى سلبية نظرة الفرد إلى نفسه. وأفكار واعتقادات هؤلاء الأفراد عن أنفسهم تميل إلى الانخفاض. فهم يعتقدون بأنهم غير جذابين، غير مهرة، وبأنهم عديمى الفائدة ويشكلون عبئاً على الآخرين. كما أنهم لايعتقدون أن الناس يحبونهم أو أنهم ذوو أهمية.

رابعاً: مقاييس المشكلات العامة:

١٢- مقياس عدم الارتياح الاجتماعى Social Discomfort

وهؤلاء الأشخاص لايشعرون بالارتياح عندما يكونون مع الآخرين، ويؤثرون الوحدة على الاختلاط بالآخرين. ويرى الشخص المرتفع على هذا المقياس نفسه على أنه خجول. وهم يكرهون الحفلات والمناسبات الاجتماعية، ويفضلون الجلوس منفردين فى المواقف الاجتماعية.

١٣- مقياس المشكلات الأسرية (FAM) Family Problems

ويورد المرتفعون على هذا المقياس قدراً كبيراً من الخلافات الأسرية. ويصفون أسرهم بالافتقار إلى الحب، وبالخناقات، ويذكرون أنهم يكرهون أسرهم، وأن زواجهم غير سعيد، ويفتقر إلى المحبة.

١٤- مقياس مشكلات العمل (WRK) Work Interference

وتشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى سلوك أو اتجاهات يمكن أن تفضى إلى انخفاض مستوى الأداء المهنى. وبعض تلك المشكلات المتصلة بالعمل تتعلق بقلة الثقة بالنفس، وصعوبات التركيز والوساوس، والتوتر النفسى، والضغوط ومشكلات اتخاذ القرارات. وقد تشير إلى عدم اقتناع الفرد باختياره المهنى أو إلى الاتجاهات السلبية نحو العمل.

١٥- مقياس المؤشرات العلاجية السلبية (TRT) Negative Treatment Indicators

وتشير الدرجات المرتفعة على هذا المقياس إلى وجود اتجاهات سلبية لدى الفرد نحو الأطباء والمعالجين وخدمات الصحة النفسية؛ ولديهم مشكلات أو قضايا لايرتاحون لمناقشتها مع الآخرين. ويفضلون تناول الأدوية أو العقاقير مادام الكلام عن المشكلات فى نظرهم لايفيد. وقد لايشعرون بالحاجة إلى تغيير أى شىء فى حياتهم، أو ربما يعتقدون أن التغيير نفسه غير ممكن.

المقاييس الإضافية أو التكميلية :

قدم علماء النفس بناءً على دراساتهم على مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية العديد من المقاييس الإضافية أو التكميلية supplementary scales على مدى السنوات السابقة. ومن هذه المقاييس مثلاً مقياس "قوة الأنا" الذى قدمه بارون Frank Barron ومقياس ماك أندرو للسكر (إدمان الكحول alcoholism) MAC-Andrew Scale. وقد قدم بتشر وزملاؤه عدداً من المقاييس الأضافية الجديدة، مع الاحتفاظ ببعض المقاييس الإضافية السابق نشرها بناءً على ما تبين من فائدتها (J.R. Graham, 1990).

ونعرض فيما يلى بإيجاز للمقاييس الإضافية التى اشتمل عليها المقياس

١ – مقياسا القلق والكبت Anxiety and Repression (A & R) Scales:

أدت الدراسات العاملية للمقاييس الاكلينيكية ولمقاييس الصدق إلى استخلاص بعدين رئيسيين أطلق عليهما اسم: القلق والكبت. ويذكرنا ذلك بالبعدين الرئيسيين للشخصية اللذين استخلصهما أيزنك وأطلق عليهما بعدى العصابية، والانبساط. كما يذكرنا ذلك أيضاً بالبعد الذى استخلصه إدواردز وأطلق عليه اسم social desirability. كذلك فقد اقترح جاكسون أن مقياس الكبت (R) يشير إلى الميل إلى الموافقة acquiescence، أى إلى ميل المفحوص للإجابة بنعم على الأسئلة الموجهة إليه بوجه عام بصرف النظر عن المضمون. ومن ناحية أخرى أكدت بعض البحوث الأخرى أن هذين البعدين ليسا مجرد أساليب استجابة، بل هما بعدان هامان للشخصية. وتشير الدرجات المرتفعة على مقياس (A) إلى التشاؤم والتردد والعصابية والتقلب الوجدانى والشقاء وعدم التكيف. بينما تشير الدرجات المرتفعة على مقياس (R) إلى الإنكار والتبرير والافتقار إلى الاستبصار.

٢ – مقياس قوة الأنا Ego Strength (Es):

وقد كونه بارون Frank Barron للتنبؤ باستجابة الأشخاص العصابيين للعلاج النفسى. وتشير بعض البحوث إلى أن مقياس قوة الأنا يمكن اعتباره بمثابة مقياس للتوافق العام للفرد. كما أن درجات المقياس ترتبط إيجابياً بمستوى الذكاء، وتشير الدرجات المنخفضة إلى سوء التوافق.

٣ – مقياس ماك أندرو للإدمان على الكحول:

MACANDREW ALCOHOLISM-REVISED (MAC-R) SCALE

ويحتوى المقياس على ٤٩ بنداً. ويحصل المدمنون على الكحول أو المخدرات، وكذلك المدمنون على القمار على درجات أعلى من درجات غير المدمنين. على أن

مقياس ماك أندرو لايكفى وحده فى كثير من الأحيان، بل نحتاج إلى الحصول على مزيد من الدراسات للتحقق من احتمال إدمان الكحوليات، حيث يلاحظ أن بعض الأشخاص غير المدمنين من الإنبساطيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على المقياس.

٤- مقياس العدوانية المقمعة Over controlled-Hostility (O-H) Scale:

ميز بعض الباحثين بين الأشخاص معتادى العدوان وبين الذين لا يتحكمون فى عدوانيتهم. وبينما يعبر معتادو العدوان عن غضبهم بعدوان متناسب مع درجة الاستفزاز، إلا أن الأشخاص مقموعى العدوانية لايعبرون عن غضبهم رداً على الاستفزازات عادة، بل يكتمون غيظهم إلى أن يفيض بهم الكيل، فيعبرون عن عدوانيتهم بصورة مفرطة أو مبالغ فيها.

وتشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى أن الأشخاص قد لايستجيبون للاستفزازات فى كثير من الأحيان ولكن قد تصدر عنهم أعمال عدوانية مبالغ فيها من حين لآخر.

٥- مقياس السيطرة Dominance (DO) Scale

وقد صمم هذا المقياس أصلاً كل من جف ومكلوسكى وميهل Gough, Mcclosky & Meehl. ويرى الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على المقياس أنفسهم (كما يراهم الآخرون أيضاً) على أنهم: أقوى فى مواقف المواجهة مع الآخرين، وليس من السهل تخويفهم، كما أنهم يشعرون بالأمان وبالثقة بالآخرين.

٦- مقياس المسئولية الاجتماعية Social Responsibility (RE) Scale

ويرى الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على المقياس أنفسهم كما يراهم الآخرين على أنهم على استعداد لتقبل نتائج أعمالهم، وهم موضع ثقة الآخرين، وهم أشخاص يعتمد عليهم، ويشعرون بالمسئولية نحو الجماعة.

٧- مقياس عدم التوافق الجامعى College Maladjustment (MT) Scale

وتوحى الدرجات المرتفعة على المقياس بسوء التوافق عند الطلبة الجامعيين.

٨- مقياس الدور الذكورى والدور الأنثوى

Masculine Gender Role(GM) and Feminine Gender Role (GF)

ويميل الحاصلون على درجات مرتفعة على أى من هذين المقياسين إلى الثقة بالنفس والتحرر من المخاوف والقلق. وما يزال هذان المقياسان فى المرحلة التجريبية وبحاجة إلى مزيد من دراسات الصدق.

٩- مقياس الاضطرابات النفسية التالية للصدمات:

Post-Traumatic Stress Disorder (PK) Scale

وترتبط الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بتشخيص الاضطراب النفسى التالى للصدمات النفسية، وإلى المعاناة الانفعالية الشديدة، وإلى توفر اضطرابات النوم والاحساس بالذنب.

١٠- مقياس الاضطرابات النفسية التالية للصدمات:

Post-Traumatic Stress Disorder (PS) Scale

ويلاحظ أن بنود هذا المقياس لاتشكل مقياساً رسمياً. وقد ورد ٤٥ بنداً من بنود المقياس فى مقياس PK السابق الذكر. والمقياس مازال فى مرحلة الدراسة والتجريب.

الثبات :

تراوحت معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لمقاييس الصدق وللمقاييس الاكلينيكية بين ٠.٦٧ و٠.٩٢، بينما تراوحت معاملات الثبات يطريقة الاتساق الداخلى بين ٠.٣٤ و٠.٨٧ كذلك فقد تم حساب معاملات الثبات لمقاييس المضمون بطريقة إعادة الاختبار لدى عينة التقنين وبطريقة الاتساق الداخلى لدى عينة التقنين بالإضافة إلى ثلاث عينات أخرى: مرضى نفسيين، وسكيرين، وأفراد من القوات المسلحة. وقد تراوحت معاملات الثبات بين ٠.٧١ و٠.٩٤، وكانت معظم الارتباطات مرتفعة بصوة مرضية. ويرجع انخفاض الاتساق الداخلى لبعض المقاييس الاكلينيكية إلى أنها ليست آحادية البعد بمعنى أنها منخفضة فى درجة تجانسها.

مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية-للمراهقين:

قام بتشر وزملاؤه بنشر مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين فى عام ١٩٩٢، استجابة للحاجة الماسة إلى أدوات تناسب المراهقين بما لهم من خصائص ومشكلات مميزة من نواحى النمو البيولوجى والاجتماعى والنفسى والجنسى (Butcher, 1993). وقد تبين من دراسة حديثة العهد أجراها آرتشر Archer أن أكثر المقاييس شيوعاً مع المراهقين هو مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه (الأصلى) MMPI، حيث يستخدم في كثير من الأغراض الاكلينيكية بجانب أغراض البحث العلمى. ومع ذلك فهذا الاستخدام يشوبه الكثير من أوجه القصور من نواحى متعددة؛ فبعض البنود لاتلائم المراهقين، وبعضها سيئة الصياغة، وبعضها الآخر غير مقبول من ناحية المضمون. كذلك لايحتوى المقياس الأصلى على اختبارات ملائمة للمراهقين يصورة خاصة، كما أن معايير الراشدين لاتناسب المراهقين.

وقد قام بتشر وزملاؤه بعملية تطوير شاملة للمقياس وذلك بحذف البنود غير الملائمة للمراهقين وإضافة غيرها، وإعادة صياغة البنود الأخرى لجعلها أكثر ملاءمة للمراهقين وللعصر الحاضر. وقاموا بتقنين المقياس على عينة تمثل المراهقين من المدارس الاعدادية والثانوية من عدة ولايات أمريكية. واشتملت على ٨٠٥ من الذكور و٨١٥ من الإناث، وذلك بالإضافة إلى عينة اكلينيكية تتكون من ٤٢٠ من الذكور، و٢٩٣ من الإناث. ويطبق المقياس أساساً على المراهقين من سن ١٤ إلى سن ١٧ سنة.

مقاييس الصدق: وهى على النحو التالى:

١- مقياس علامة الاستفهام (؟):
٢- مقياس الكذب (ل).
٣- مقياس الخطأ (١).
٤- مقياس الخطأ (٢).
٥- مقياس التصحيح (النزعة الدفاعية) (ك).
٦- مقياس الندرة بالصفحة الأخيرة.
٧- مقياس تناقض الاستجابات المتغير.
٨- مقياس تناقض استجابات "صحيح".

المقاييس الاكلينيكية لمقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين:

١- مقياس توهم المرض
٢- مقياس الاكتئاب
٣- مقياس الهستريا
٤- مقياس الانحراف السيكوباتى
٥- مقياس الذكورة-الأنوثة
٦- مقياس البارانويا
٧- مقياس السيكاستينيا
٨- مقياس الفصام
٩- مقياس الهوس الخفيف
١٠- مقياس الانطواء

مقاييس المضمون للمراهقين :

يذكر بتشر وزملاؤه (Butcher, et al, 1992) أن مقاييس المضمون للمراجعة الثانية لمقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 قد استخدمت كنقطة بداية

فى إعداد مقاييس المضمون للمراهقين، كما اتبعت نفس الخطوات المنطقية والإحصائية فى بناء مقاييس المضمون. ومع ذلك فيلاحظ أن محتوى مقاييس المضمون لمقياس المراهقين يختلف عن محتواها فى مقياس الراشدين. كما أظهرت دراسات الثبات أن الثبات بإعادة الاختبار أو بالإتساق الداخلى أن المقاييس على درجة مقبولة من الثبات. فمثلاً تراوحت معاملات الثبات بإعادة تطبيق الاختبار بين ٠.٦٢ و٠.٨٢ (المرجع السابق). وقد اشتمل مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين على ١٥ مقياساً، على النحو التالى:

مقياس القلق (A-anx (Adolescent-Anxiety:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من أعراض القلق، مثل التوتر، وكثرة الفكر، وصعوبات النوم (مثل الكوابيس وصعوبة الخلود إلى النوم). ويذكرون أيضاً مشكلات التركيز، وصعوبة مواصلة القيام بالأعمال. والحياة بالنسبة لهم مليئة بالضغوط، والصعوبات تبدو غير ممكنة الحل.

مقياس الوساوس (A-obs (Adolescent-Obsessiveness:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من التفكير حول أمور تافهة غالباً. وقد يجترون فى أذهانهم بعض الكلمات الرديئة، أو يعدون الأشياء غير الهامة. وقد يصعب عليهم النوم أحياناً بسبب كثرة تفكيرهم. وقد يجدون صعوبة فى اتخاذ القرارات، وكثيراً مايخشون من أى تغيير فى حياتهم.

مقياس الاكتئاب (A-dep (Adolescent-Depression:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من أعراض الاكتئاب مثل كثرة البكاء أو الشعور بالارهاق. وهم غير راضين عن حياتهم ويشعرون بأن الآخرين أسعد حالاً منهم. ويذكرون أن حياتهم لاقيمة لها، وأن أغلاطهم لاتغتفر. كما يشعرون باليأس، ويتمنون الموت أو قد يفكرون فى الانتحار.

مقياس المشاغل الصحية (A-hea (Adolescent-Health Concerns:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس العديد من المشكلات الجسمية التى تؤدى إلى كثرة غيابهم من المدرسة أو عدم استمتاعهم بالأنشطة التى تعقب اليوم المدرسى. وتغطى شكاواهم عادة العديد من أجهزة الجسم، كما يعبرون عن القلق على صحتهم.

مقياس الاغتراب (A-ain (adolescent-Alienation:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الشعور بوجود مسافة وجدانية كبيرة بينهم وبين الآخرين. ويشعرون بأنه لا أحد يفهمهم أو

يهمه أمرهم. ولايشعرون بأن الآخرين يحبونهم، أو بأن علاقاتهم بالآخرين جيدة. ويعتقدون أن الآخرين يعاملونهم معاملة قاسية.

مقياس الأفكار الغريبة (A-biz (adolescent-Bizarre Mentation:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من الأفكار والخبرات الغريبة والتى قد تشمل الهلاوس السمعية والبصرية والشمية، أو الهذاءات. وقد يعتقدون أن الآخرين يحاولون سرقة أفكارهم أو السيطرة على عقولهم، أو أن العفاريت أو الأرواح الشريرة قد تلبستهم.

مقياس الغضب (A-ang (adolescent-anger:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من المشكلات المتعلقة بالتحكم فى الغضب. وكثيراً مايشعرون بالرغبة فى سب الآخرين أو تكسير الأشياء أو القتال مع الآخرين. ويستخدمون الصراخ والصوت العالى للحصول على مايريدون.

مقياس التشكك فى الآخرين (A-cyn (adolescent-Cynicism:

يعبر المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس عن كراهيتهم للبشر. ويعتقدون أن الآخرين يستهدفون النيل منهم، ويبحثون عن الدوافع الخفية إذا أحسن أحد الناس الصنيع لهم. ويرون أن من الأفضل عدم الثقة بأى إنسان. ويرون أن الناس يكرهون فى أعماقهم مساعدة الآخرين، ويشكون فى نواياهم إن أبدو شيئاً من حسن الصنيع.

مقياس مشكلات السلوك (A-con (adolescent-Conduct Problems:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من المشكلات السلوكية كالسرقة، والكذب، واستعمال الشتائم، وتكسير الأشياء. وكثيراً مايكون رفاقهم أيضاً من أصحاب المشاكل الذين يحرضونهم على فعل الأشياء التى يعرفون أنهم يجب عليهم تجنبها. ويعترفون بعمل أشياء فى الماضى لا يمكنهم التحدث عنها مع أى إنسان.

مقياس تدنى النظرة للذات (A-lse (adolescent-Low self-esteem:

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من الآراء السلبية عن أنفسهم مثل الشعور بالافتقار إلى الجاذبية، وفقدان الثقة بالنفس، والشعور بأنهم بلا منفعة، وبأنهم محدودى القدرة، كثيرى الأخطاء، لايستطيعون القيام بأن شيء على الوجه الصحيح. ويميلون للاستسلام لضغوط الآخرين. ويتركون للآخرين تحمل المسئولية عندما تحتاج المشكلات إلى الحل، كما أنهم لايشعرون بالقدرة على التخطيط للمستقبل.

مقياس انخفاض مستوى الطموح A-las (adolescent-Low aspirations):

يذكر المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس أنهم لايهتمون بالنجاح. وهم لايحبون الدراسة أو القراءة، ويكرهون المحاضرات عن الموضوعات الجادة، وهم لايتوقعون النجاح فيما يقومون به من أعمال، ويكرهون الشروع فى القيام بالأعمال؛ وسرعان ما يتوقفون عن العمل عند مواجهة أى صعاب. ويتركون للآخرين حل المشكلات، ويتجنبون مواجهة الصعاب. وكثيراً مايصفهم الآخرون بأنهم كسالى.

مقياس عدم الارتياح الاجتماعى A-sod (adolescent-Social Discomfort):

يشعر المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس بصعوبات جمة عندما يكونون فى صحبة الآخرين. وهم خجولون ويفضلون الوحدة وتجنب الآخرين. وهم لايحبون الحفلات أو الاجتماعات العامة.ولايتكلمون إلاً إذا بادرهم الآخرون بالكلام. ويصعب عليهم عمل صداقات مع الآخرين أو مقابلة أشخاص جدد لأول مرة.

مقياس المشكلات الأسرية A-fam (adolescent-Family Problems):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من المشكلات مع آبائهم وباقى أعضاء أسرهم. وتتميز أسرهم بكثرة الشقاق، والغيرة، وتصيد الأخطاء، والغضب، والضرب والخلافات الشديدة، وقلة الاتصال. ولايعتقد هؤلاء المراهقون أنهم يستطيعون الاعتماد على أهليهم فى أوقات الشدة. كما يشعرون بأن آباءهم كثيراً ما يعاقبونهم دون سبب، ويعاملونهم كأنهم أطفال.

مقياس المشكلات المدرسية A-sch (adolescent-School Problems):

يتميز المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس بأن لديهم الكثير من الصعاب فى المدرسة، مثل انخفاض الدرجات المدرسية، والطرد أوالهروب من المدرسة. كما أن لديهم اتجاهات سلبية نحو المدرسين، ويكرهون المدرسة. والشيء الوحيد الذى يسرهم بالنسبة للمدرسة هو صداقاتهم. وهم لايشاركون فى النشاطات المدرسية أو الرياضة ويعتقدون أن المدرسة مضيعة للوقت. وبعض هؤلاء المراهقين قد يذكرون أنهم يخافون من الذهاب للمدرسة.

مقياس المؤشرات السالبة للعلاج

A-trt (adolescent-Negative Treatment Indicators)

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس اتجاهات سلبية نحو الأطباء والمتخصصين فى الصحة النفسية. وهم لايعتقدون بأن الآخرين

لديهم القدرة على فهمهم أو الاهتمام بما يحدث لهم. ولايرغبون فى تحمل المسئولية ومواجهة مايعانونه من صعاب أو مشكلات. ويذكرون أن لديهم الكثير من الأخطاء أو العادات السيئة التى يشعرون بأنها غير قابلة للحل، وهم لا يرغبون فى مناقشة مشكلاتهم أو أسرارهم مع الآخرين.

المقاييس الإضافية :

وهى ستة مقاييس إضافية، المقاييس الثلاث الأولى منها هى من المقاييس التقليدية التى طورتها البحوث والدراسات السابقة. وهى على النحو التالى:

مقياس القلق A (anxiety):

وقد طور هذا المقياس ويلش Welsh لقياس العامل الأول الذى يتم استخلاصه عند تحليل مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية، وهو بذلك يشبه مقياس العصابية (عند أيزنك).

مقياس الكبت R (Repression):

وقد طور هذا المقياس ويلش Welsh أيضاً، لقياس العامل الثانى الذى يتم استخلاصه عند تحليل مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية، وهو بذلك يشبه إلى حد ما مقياس الانبساط والانطواء.

مقياس ماك أندرو لإدمان الكحول:

MAK-R (MacAndrew Alcoholism Scale-Revised):

وقد طور هذا المقياس أصلاً ماك أندرو MacAndrew حيث توحى الدرجات المرتفعة باستخدام الكحول أو المخدرات، وبالانبساط الاجتماعى والميل للمخاطرة.

كما اشتملت المقاييس الإضافية على المقاييس الإضافية الجديدة التالية:

مقياس الاعتراف بمشكلات الخمور أو المخدرات

ACK (Alcohol/Drug Problem Acknowledgement):

وقد تم إعداد هذا الاختبار لفحص الشباب الذين يعترفون بأن لديهم مشكلات بالنسبة لتعاطى الخمور أو المخدرات، حيث يساعد على التعرف على مدى حدة المشكلة.

مقياس الاستهداف للخمور أو المخدرات

PRO (Alcohol/Drug Problem Proneness):

ويشبه هذا المقياس مقياس ماك أندرو Mac-R scale، وقد تم إعداده بطريقة امبيريقية عن طريق التعرف على بنود مقياس منيسوتا لشخصية المراهقين التى ميزت

بين الأولاد والبنات الذين يعانون من مشكلات الإدمان وبين الأولاد والبنات الذين لايعانون من هذه المشكلات ممن يتلقون العلاج من مشكلات الصحة النفسية.

مقياس عدم النضج (Immaturity) IMM:

ويقيس هذا المقياس مدى ذكر المراهق لأشكال السلوك والاتجاهات وتصورات الذات والآخرين التى تعكس عدم النضوج فى كل من العلاقات الشخصية، والتعقيد المعرفى، والوعى بالذات، والحكم، وضبط الاندفاعات. وترتبط درجات المقياس ارتباطاً سلبياً مع سنوات العمر لدى المراهقين من الذكور والإناث.

ثالثاً: المقاييس العاملية للشخصية :

يتم بناء المقاييس العاملية للشخصية (كما يشير الاسم) باستخدام أسلوب التحليل العاملى. وفى هذه الحالة يستهدف التحليل العاملى بناء مقاييس نقية عاملياً، بمعنى أن كل مقياس يقيس عاملاً واحداً من عوامل الشخصية بصورة أساسية. والمنهج المتبع فى بناء المقاييس العاملية يبدأ بتطبيق مجموعة كبيرة من البنود على عينة من المفحوصين؛ ثم يتم بعد ذلك حساب معاملات الارتباط بين البنود؛ وبعد ذلك يتم تحليل المصفوفة الارتباطية واستخلاص العوامل الأساسية التى تقيسها تلك البنود؛ ويلى ذلك خطوة تجميع البنود المشبعة تشبعاً عالياً على أحد العوامل معاً فى مقياس عاملى يقيس هذا العامل. وبالطبع تتبع ذلك خطوات أخرى للوصول بالمقياس إلى صورته النهائية. ومن أشهر المقاييس العاملية التى بنيت على أساس التحليل العاملى مقياس أيزنك للشخصية، ومقاييس جيلفورد، ومقياس كاتل للشخصية.

وتمتاز المقاييس العاملية بأنها تحاول قياس متغيرات أو مفاهيم سيكلوجية أساساً؛ وبذلك فهى تتفادى قياس متغيرات جاءت من خارج مجال علم النفس مثل فئات الطب النفسى التى ركز على قياسها مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه، خاصة فى صورته الأولى. كما تمتاز هذه الاختبارات أيضاً بالنقاء العاملى الذى يساعد على تحقيق الوضوح فى تفسير الدرجات التى يحصل عليها المفحوصون عندما يطبق عليهم الاختبار. وسوف نعرض فيما يلى أمثلة من تلك المقاييس العاملية.

١ – استخبار أيزنك للشخصية:

مر مقياس أيزنك بعدد من التطويرات إلى أن وصل إلى صورته الحالية المسماة باستخبار أيزنك للشخصية Eysenck Personality Questionnaire (EPQ). ويقيس استخبار أيزنك للشخصية الأبعاد التالية: (Eysenck, 1975)

أ - العصابية Neuroticism
ب- الانبساط Extraversion
جـ- الذهانية Psychoticism
د- النزعة الاجرامية Criminality

وقد سبق تعريب المقياس واستخدامه فى العديد من بحوث ودراسات علم النفس (أنظر مثلاً: م. فراج ١٩٧٠) بجانب استخدامه فى العيادات النفسية. ويتميز مقياس أيزنك بإعطاء صورة موجزة وواضحة عن أبعاد الشخصية التى يقيسها مما ييسر تفسير نتائج المقياس. ويمكن ربط نتائجه ببعض المفاهيم الاكلينيكية الأخرى للمساعدة على فهم طبيعة المشكلات التى يعانى منها المريض. وربما كان ذلك الإيجاز على حساب إعطاء صورة مفصلة عن سمات الشخصية.

٢- مقاييس جيلفورد للشخصية:

استهدف جيلفورد ومعاونوه تصميم مقاييس عاملية تعطى درجات واضحة عن سمات الشخصية الأولية. وللوصول إلى هذا الهدف قاموا بتطبيق العديد من استخبارات الشخصية؛ ثم قاموا بحساب معاملات الارتباط بين البنود وإجراء التحليل العاملى عليها. وبناءً على نتائج التحليل العاملى تم بناء ثلاثة مقاييس يشتمل كل منها على مجموعة من الاختبارات التى يقيس كل اختبار منها عاملا واحداً من عوامل الشخصية. والمقاييس الثلاثة على النحو التالى:

أ - مقياس العوامل STDCR

١- عامل الانطواء الاجتماعى (S) Social Introversion.
٢- عامل انطواء التفكير (T) Thinking Introversion.
٣- الاكتئاب (D) Depression.
٤- عامل الاستعداد الدورى (التقلبات المزاجية) (C) Cycloid Disposition.
٥- عامل الميل إلى الانطلاق والتخفف (R) Rathymia.

ب- مقياس العوامل جامين GAMIN ويتضمن:

١- عامل النشاط العام (G) General Activity.
٢- عامل السيطرة (A) Ascendance.
٣- عامل الذكورة (M) Masculinity.
٤- عامل الشعور بالقصور (أو النقص) (I) Inferiority Feeling.
٥- عامل العصبية (N) Nervousness.

جـ- مقياس شئون الأفراد (Personnel Inventory Objectivity (O ويتضمن:

١- عامل الموضوعية (Objectivity (O

٢- عامل دماثة الطبع (Agreableness (Ag

٣- عامل الميل للتعاون والتسامح (Cooperativeness (Co

وقد قام كل من سويف وفراج بنشر مقاييس جيلفورد العاملية باللغة العربية فى مصر (سويف، فراج، ١٩٧١). كما قام المؤلف الحالى أيضاً بنشر دراسة عاملية على تلك المقاييس (م. فراج، ١٩٨٠).

وقام جيلفورد فيما بعد بتجميع هذه المقاييس معاً فى مقياس واحد هو مقياس جيلفورد-زيمرمان للمزاج. وهو يشتمل على عشرة مقاييس تقيس عشرة سمات. ويشتمل كل مقياس منها على ثلاثين بنداً. ومن أمثلة هذه السمات الاتزان الوجدانى، وضبط النفس، ودماثة الخلق. وقد تم إعداد معايير مئينية ودرجات معيارية للمقياس باستخدام عينات من طلاب الجامعات بصورة رئيسية. كما أن معاملات ثبات المقاييس تتراوح بين ٠.٧٥ و٠.٨٥.

٣- مقاييس كاتل للسمات الأساسية:

اعتمد كاتل R. B. Cattell فى بناء مقياسه PF-16 على إجراء التحليلات العاملية المتتالية للتقديرات ratings التى قام بإعطائها بعض الأشخاص فى الحكم على شخصيات بعض الأفراد الآخرين. وانتهى من ذلك إلى بناء مقياس العوامل الأساسية للشخصية والذى يتكون من ١٦ مقياساً عاملياً.

أساليب الاستجابة فى قياس الشخصية:

نشأ الاهتمام بأساليب الاستجابة عن مصدرين أساسيين:

أولاً: اعتبار أن أساليب الاستجابة (مثل أسلوب الجاذبية الاجتماعية) لها تأثير غير مرغوب على استجابات المفحوصين على اختبارات الشخصية، بحيث نجد أن ميل الفرد للظهور فى صورة جذابة اجتماعياً يؤدى إلى إعطاء صورة مضللة عن شخصيته. ولهذا عمل علماء النفس على محاولة السيطرة بالأساليب السيكومترية الفنية على أساليب الاستجابة لمنعها من التأثير على صدق الاختبار ومن أمثلة ذلك استخدام أسلوب الاختيار الاجبارى.

ثانياً: المصدر الثانى للاهتمام بأساليب الاستجابة يرجع إلى اعتبار أنها فى حد ذاتها لها أهميتها فى الكشف عن الشخصية.

وسوف نعرض بإيجاز لاستخدام أساليب الاستجابة فى دراسة الشخصية الانسانية وفهمها. وقد تناولت البحوث النفسية بالدراسة أربعة أنواع من أساليب أو وجهات الاستجابة، وهى:

١- أسلوب الاستجابة المنحرفة.
٢- أسلوب الاستجابة المتطرفة.
٣- أسلوب الجاذبية الاجتماعية.
٤- أسلوب الموافقة.

وسوف نعرض هنا بإيجاز لقياس هذه الأساليب الأربعة.

أولاً: أسلوب الاستجابة المنحرفة:

صمم برج وهنت Berg & Hunt مقياساً للاستجابة المنحرفة، هو ما يسمى "رد الفعل نحو الصور"، كما صمم اختباراً آخر لنفس الهدف هو "رد الفعل نحو الكلمات"، حيث يطلب من المفحوص أن يعبر عن درجة حبه أو كرهه للصور، أو للأشياء المختلفة. كما صمم والين R.W Wallen اختبار الأطعمة لقياس الاستجابات المنحرفة.

وقد أشارت الدراسات التى أجريت باستخدام هذه الاختبارات أن المرضى الذهانيون يتميزون بكثرة تكرار إجابة "أحب" بينما العصابيون يتميزون بتكرار أكبر لاستجابة " أكره" فى الاستجابة لبنود الاختبار (Berg, 1953; 1955).

ثانياً: أسلوب الاستجابة المتطرفة:

صمم سويف اختبار الصداقة الشخصية لقياس الاستجابات المتطرفة، وانتهى من دراساته إلى اعتبار أن الاستجابات المتطرفة هى بمثابة مؤشر للتوتر النفسى والنفور من الغموض. وقد تبين من تلك الدراسات أن متوسط الاستجابات المتطرفة لدى المراهقين أعلى منه عند الراشدين، كما أنها كانت بين الراشدين أعلى عند الإناث عنها بين الذكور (M.I. Soueif, 1958).

كما وجد برنجلمان أن الاستجابات المتطرفة الايجابية لدى الفصاميين أعلى منها بالمقارنة بالعصابيين، وعلى العكس فإن الاستجابات المتطرفة السلبية لدى العصابيين أعلى منها بالمقارنة بالفصاميين. ووجد هسترلى (S. O. Hesterly, 1963)أن الأطفال وكبار السن يختارون استجابات وجدانية أكثر تطرفاً نحو التصميمات أو الأشكال المجردة. وقد أجرى المؤلف الحالى دراسة طبق فيها اختبار الاستجابات المتطرفة على ١٠٠ من الذهانيين، بالإضافة إلى ١٠٠ من الأسوياء، و١٠٠ من العصابيين، ممن تم تحديدهم على أساس محك درجات اختبار العصابية. (م. فراج، ١٩٦٥). وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة أن هناك فرق جوهرى بين الأسوياء والذهانيين فى كل

من الاستجابة المتطرفة السالبة (−٢) والاستجابة المتطرفة الموجبة (+٢).. كذلك فإن الفرق بين الاستجابة المتطرفة الموجبة والاستجابة المتطرفة السالبة (الفرق بين مجموع +٢ و−٢) كان جوهرياً عند الذهانيين فقط دون الأسوياء أو العصابيين.

كما قام الباحث بإجراء التحليل العاملى على نصف بنود الاختبار. وقد انتهى إلى استخلاص عاملين فسرهما على النحو التالى:

١− العامل الأول: وقد فسر هذا العامل على أنه عامل التوتر النفسى العام. وقد وجد أن تشبعات البنود عليها إيجابية، وتزداد التشبعات فى حالة البنود التى تعكس التوتر النفسى العام أو التى تعتبر مدمجة للأنا.

٢− العامل الثانى: وقد تبين أن التشبعات على هذا العامل تتصل بمضمون البنود، ودرجة جاذبيتها الاجتماعية. وقد أطلق على هذا العامل اسم عامل المضمون.

ثالثاً: أسلوب الجاذبية الاجتماعية:

يرى ادواردز (A. Edwards,1957) أن الجاذبية الاجتماعية social desirability تشكل سمة عامة من سمات الشخصية. وإذا كان تأثير الجاذبية الاجتماعية على الأداء على استخبارات الشخصية قد اعتبر عاملاً مضايقاً فى نظر المهتمين بقياس الشخصية، فإن ادواردز قد ركز جهوده على قياس الجاذبية الاجتماعية كسمة من سمات الشخصية، وعلى بيان تأثيرها الكبير على درجات مقاييس الشخصية. وقد أوضح ادواردز أن بنود استخبارات الشخصية يمكن تقديرها (بواسطة عينة من المفحوصين) تبعاً لدرجة جاذبيتها أو عدم جاذبيتها الاجتماعية. وبذلك نستطيع الحصول على قيم الجاذبية الاجتماعية لكل بند من بنود الاختبار. وقد بين ادواردز أيضاً أن الدرجات على الكثير من الاستخبارات ترتبط ارتباطاً مرتفعاً جداً مع قيم الجاذبية الاجتماعية لبنود تلك الاستخبارات. فالأفراد حين يستجيبون لبنود الاستخبار لايستجيبون فقط للمحتوى السلوكى للبنود، بل تتأثر استجاباتهم أيضاً بمدى الجاذبية الاجتماعية للبنود، فيميل الأفراد عادة إلى وصف أنفسهم بالصفات الجذابة اجتماعياً دون الصفات غير الجذابة اجتماعياً.

كذلك فقد قام ادواردز بتصميم مقياس خاص لقياس سمة الجاذبية الاجتماعية. ويضم هذا المقياس مجموعة من البنود تشترك فقط فى كونها ذات قيم مرتفعة فى الجاذبية الاجتماعية ولكنها ذات مضامين متباينة، وقد تم تجميع هذه البنود من استخبارات مختلفة بناءً على درجة جاذبيتها الاجتماعية. وقد انتهى ادواردز من بحوثه التى أجراها باستخدام هذا المقياس إلى أن معظم التباين فى كثير من استخبارات الشخصية يرجع إلى أسلوب الجاذبية الاجتماعية. وبناءً على هذه الدراسات يفسر

ادواردز العامل الرئيسى الذى اعتاد علماء النفس على تسميته بعامل العصابية أو المرض النفسى أو قوة الأنا على أنه عامل الجاذبية الاجتماعية.

وقد أجرى المؤلف الحالى (م. فراج، ١٩٧٠) دراسة على سمات الشخصية وعلاقتها بأساليب الاستجابة، حيث قام بتصميم مقاييس للجاذبية الاجتماعية وللميل للموافقة acquiescence، وإدخالها فى دراسة عاملية مع عدد من استخبارات الشخصية الأخرى. وقد انتهى من هذه الدراسة إلى تفسير أحد العوامل الرئيسية المستخلصة على اعتبار أنه عامل الجاذبية الاجتماعية.

أسلوب استجابة الموافقة :

ويشير هذا الأسلوب إلى ميل المفحوصين إلى اختيار استجابة "نعم" أو "صحيح" أو "أوافق" على استخبارات الشخصية. وقد ربطت دراسات علم النفس بين الميل للموافقة وبين عدد من سمات الشخصية الأخرى مثل النزعة التسلطية (Levitt, et al, 1955)، وكذلك الميل إلى التدين (Fisher, 1964)، وأيضاً بعض المتغيرات الأخرى. وقد قام المؤلف الحالى بإعداد مقاييس للموافقة، أدخلها ضمن بطارية للإختبارات استخدمها فى دراسة العلاقة بين سمات الشخصية وأساليب الاستجابة. وقد أمكن بواسطة التحليل العاملى استخلاص ثلاثة عوامل هى:

١- عامل عدم الحسم فى مقابل الموافقة
٢- عامل الجاذبية الاجتماعية
٣- عامل التوتر النفسى

وقد انتهى الباحث من تلك الدراسة (م. فراج، ١٩٧٠) إلى القول بأن لوجهات الاستجابة أثر كبير على الدرجات التى يحصل عليها الأفراد على استخبارات الشخصية، وأن العوامل التى تستخلص عادة من استخبارات الشخصية وتعرف بأنها عوامل العصابية والانطواء مرتبطة ارتباطاً مرتفعاً بوجهات أو أساليب الاستجابة.

الاختبارات الاسقاطية :

تتميز الاختبارات الاسقاطية بأنها تقدم للمفحوص منبهات غامضة أو غير محددة. وفى محاولة المفحوص تحديد المنبهات وادراكها إدراكاً واضحاً فإنه -دون أن يقصد- يعكس خصائص شخصيته ودوافعه ومخاوفه وقلقه وديناميات شخصيته. كذلك فإن النظرة إلى استجابات المفحوص نظرة إجمالية، من حيث أن هذه الاستجابات تعكس ديناميات شخصية المفحوص ككل، وليس مجرد سمات محدودة للشخصية.

وفى وقتنا الحاضر هناك العديد من الاختبارات الاسقاطية التى تأخذ أشكالاً مختلفة:

١- **الاختبارات المصورة:** وهى تقدم للمفحوص منبهات غامضة يطلب من المفحوص الكلام عنها.

٢- **اختبارات الرسم:** وهنا يطلب من المفحوص عمل رسوم يتم تقييمها من حيث تعبير تلك الرسوم عن شخصية المفحوص.

٣- **الاختبارات الاسقاطية اللفظية:** مثل تكميل الجمل، أو تداعى الكلمات، حيث يقدم الأخصائى إلى المفحوص اختباراً يشتمل على جمل غير كاملة وغير موحية أو موجهة للاستجابة، ويطلب من المفحوص أن يقوم بإكمال تلك الجمل. ويتم تصحيح الاختبار للاستدلال على شخصية المفحوص.

اختبارات اللعب: وهنا نقدم للمفحوص بعض اللعب أو الدمى والتى يطلب من المفحوص اللعب بها وترتيبها. ويستدل من أداء المفحوص (والذى يكون غالباً من الأطفال) على ديناميات شخصيته.

وسوف نكتفى هنا بعرض موجز لاختبارى تفهم الموضوع، والرورشاخ. ويمكن لمن يريد الاطلاع على مزيد من التفاصيل الرجوع إلى مانشر عن الاختبارات الاسقاطية (أنظر مثلاً: م. الزيادى، ١٩٦٩؛ لويس مليكه، ١٩٧٧؛ سيد غنيم وهدى برادة، ١٩٦٤، ١٩٦٥).

اختبار رورشاخ :

قدم هذا الاختبار الطبيب النفسى السويسرى هيرمان رورشاخ Rorschach فى سنة ١٩٢١. وهو يتكون من عشرة بطاقات، وعلى كل بطاقة منها بقعة حبر متماثلة أو متناظرة الجانبين (الأيمن والأيسر)، وبعض هذه البطاقات سوداء أو رمادية اللون، وبعضها يحتوى على اللون الأحمر وبعضها متعددة الألوان، وجميعها مرسومة على أرضية بيضاء. وعند تقديم هذه البطاقات إلى المفحوص يطلب منه الأخصائى أن يذكر مالذى يراه فى البطاقة أو كيف تبدو له بقعة الحبر. ويقوم الأخصائى بتسجيل كل مايقوله المفحوص بالنسبة لكل بطاقة من هذه البطاقات. كذلك يسجل الأخصائى زمن رد الفعل بين تقديم البطاقة أو عرضها على المفحوص وبين بداية استجابته لها. وبعد أن ينتهى الأخصائى من تطبيق الاختبار يقوم بتصحيح الاستجابات حسب تعليمات التصحيح والتفسير. ويلاحظ أن هناك نظم متعددة للتصحيح طورها خبراء الرورشاخ. وهناك عدد من العناصر الأساسية التى يتفق عليها خبراء الرورشاخ والتى تستخدم فى التصحيح، هى على النحو التالى:

١- **المكان أو الموقع:** ويتصل ذلك بأجزاء بقعة الحبر التى يستخدمها المفحوص فى الاستجابة (مثلاً: كل البقعة، أو جزء كبير أو صغير منها، أو جزء نادر الاستخدام عادة، أو فراغ أبيض فى البقعة... الخ)
٢- **محددات الإدراك:** مثل اللون والشكل والتظليل وإدراك الحركة.
٣- **المضمون:** ويشمل ذلك الكثير من محددات المضمون: كالناس والحيوانات والأشياء غير الحية، وأجزاء من هذه المحددات.
٤- **شيوع الاستجابة:** وهنا تصحح الاستجابة تبعاً لدرجة شيوعها أو ندرتها.
٥- **تقدير مستوى الشكل:** وهو الحكم على ماإذا كانت الاستجابة تلائم بقعة الحبر، ويدخل فى الاعتبار عند التقدير: الدقة والتخصيص والتنظيم.

وكثيراً مايدخل فى تقييم الاستجابة للمقياس الانطباعات التى يكونها الأخصائى عن استجابات المفحوص، اعتماداً على مالديه من معرفة وخبرة فى مجال التحليل النفسى.

اختبار تفهم الموضوع :

قدم هنرى موراى ومورجان Murray & Morgan سنة ١٩٣٥ اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (TAT). وهو يتكون من ثلاثين صورة معظمها يحتوى على صور لأفراد فى مواقف غامضة. ويطبق الأخصائى النفسى عادة مابين ثمانى إلى عشرة صور فى جلسة واحدة. وتقدم الصور بالتعليمات التالية:" سأريك بعض الصور، وأريد منك أن تعمل قصة حول كل صورة منها؛ تقول فيها مالذى يحدث فى كل صورة، وما الذى أدى إليه، وماهى النتيجة أو نهاية القصة. وأريد منك أن تجعل القصة مليئة بالحيوية والدرامية، وحاول أن تشعر بحرية تامة فى التعبير عنها".

ويتم تسجيل القصص التى يكونها المفحوص حرفياً بقدر الإمكان كما يتم تسجيل زمن الرجع والزمن الكلى للإستجابة بالنسبة لكل بطاقة، ويقوم الأخصائى أيضاَ بالاستفسار من المفحوص عن التفاصيل التى تساعد فى عملية تفسير نتائج الاختبار.

وهناك طرق متعددة لتفسير الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع منها طريقة موراى نفسه، وكذلك طريقة بيلاك Bellack. وتبعاً لطريقة موراى يتم تحليل مضمون القصص بصورة إجمالية وفقاً لعدد من المحكات، هى: الشدة والاستمرار والتواتر والأهمية بالنسبة لبناء القصة، وذلك للتعرف على الحاجات النفسية والضغوط التى يواجهها الشخص. ومن أمثلة الحاجات التىيذكرها موراى: الإنجاز، والعدوان، والجنس، والسيطرة، والانتماء..الخ. ويتم التعرف على الحاجات والضغوط من خلال

مايذكره المفحوص فى القصة حول أبطالها وما يواجهونه من مواقف وعلاقات وصراعات.

وقد قام محمد عثمان نجاتى بنشر اختبار تفهم الموضوع بعد إجراء التعديلات على الصور بما يجعلها أكثر تمشياً من الناحية الشكلية مع البيئة المحلية (م. ع. نجاتى، ١٩٧٧). ولمزيد من التفاصيل حول اختبار تفهم الموضوع أنظر كلاً من (محمود الزيادى، ١٩٦٩، لويس كامل مليكة، ١٩٧٧).

تقييم الأساليب الإسقاطية:

تتميز الأساليب الإسقاطية بأنها تساعد على إقامة العلاقة rapport مع المريض، وتساعد على تحويل إهتمامه عن ذاته، كما أنها تفيد مع الأشخاص الأميين والأطفال ومن لديهم صعوبات لغوية. وهى أقل قابلية للتزييف من استخبارات الشخصية.

وفى مقابل ذلك فهناك مشكلات كثيرة بالنسبة إلى الموضوعية فى التصحيح والتفسير. ولاتتوفر المعايير الجيدة بالنسبة لمعظم الاختبارات الاسقاطية. ويتضح ذلك بشكل خاص إذا قارنا العينات التى استخدمت فى تقنين مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية بأى من الاختبارات الاسقاطية. وبدون المعايير يصبح تفسير الاختبار أكثر تأثراً بالعوامل الشخصية الذاتية للفاحص، وبذاكرة الفاحص وشواغله الشخصية وتحيزاته النظرية. وبدون المعايير أيضاً لاتتوفر لدينا صورة عن أداء الأشخاص الأسوياء فى المجتمع العام، وخصائص الجماعات المختلفة فى العمر أو المستوى الاجتماعى الاقتصادى أو التعليم أو غير ذلك.

وبالنسبة للثبات فيجب التأكد من ثبات المفسرين بدراسة مدى اتفاقهم على التفسير، وليس فقط ثبات المصححين.

كما تذكر أنستازى أن هناك بعض المشكلات بالنسبة لصدق المقاييس الاسقاطية. فدراسات الصدق المنشورة حول الأساليب الاسقاطية غير حاسمة فى نتائجها نظراً لقصور إجراءات الضبط التجريبى والتحليل الإحصائى (A. Anastasi, 1982). كما تؤكد أنستازى على أهمية إجراء دراسات الصدق التحققى cross validation. فالنتائج التى يخرج بها أحد الباحثين قد تكون راجعة إلى الصدفة المحضة. ومن ثم يتعين إجراء دراسة أخرى على عينات جديدة للتحقق من صحة النتائج التى تم الوصول إليها فى الدراسة الأولى، والتأكد من أن تلك النتائج لاترجع إلى مجرد الصدفة البحتة. وتدعونا هذه الإعتبارات إلى توخى الحذر عند استخدام الأساليب الإسقاطية والتأكد من توفر المعايير، والثبات والصدق.

وقد لخص هنسلى وزميله وود تقييم مقياس رورشاخ بقولهم أنه رغم عقود من البحث لم يكن هناك تراكم مقنع من النتائج يؤيد استخدام الرورشاخ فى العمل الاكلينيكى الروتينى ولاتوجد أدلة تبرر استخدامه فى المواقف الإكلينيكية (Hunsley, J. & Wood, 2015).

٧

الفصل السابع
التقدير السلوكي

الفصل السابع
التقدير السلوكى

يختلف التقدير السلوكى behavior assessment عن القياس النفسى التقليدى من عدة وجوه.. فالقياس النفسى التقليدى يركز الاهتمام على قيـاس المتغيـرات النفسية الكامنة وراء السلوك الظاهرى، أو مانسميه أحياناً بالسمات أو الأنماط أو طرز الشخصية، كالإنطواء أو العصابية أو العدوانية ... الخ. أما التقدير السلوكى فإنه يركز الإهتمام على السلوك ذاته دون محاولة البحث عن السمات أو الأنمـاط فيما وراء السلوك. وهو يحاول فى هذا الصدد أن يرسم صورة دقيقـة للـسلوك، وللمتغيرات الأخرى المصاحبه له. والتقدير السلوكى فى جوهره شكل من أشكال القياس، يركز جهده على قياس السلوك، وقياس المتغيرات المؤثرة عليه، مـستنداً في تصوره النظرى على إسهامات علم النفس التجريبى ونظريات الـتعلم. وكمـا يقول فرناندو باليستروس Fernando Ballestros "إن الهدف الأساسـى للتقـدير السلوكى هو تحديد الظروف أو الشروط التى تتحكم فى السلوك" (من خلال: سيلفا Silva, 1993, p.8 :).

ويرتبط التقدير السلوكى ارتباطاً وثيقاً بالعلاج السلوكى، كما أن التقدير السلوكى نشأ وتطور على يد المعالجين السلوكيين. ويذكر جلاسى وبيرو Glassi & Perot أن التقدير السلوكى قد تطور "نتيجة لظاهرتين رئيسيتين: أولاهما: الحاجة المنهجية من قبل الباحثين السلوكيين، والثانية: عدم الرضاء عن أساليب القياس التقليدية. وفيما يتعلق بالظاهرة الأولى فإن بعض الباحثين المتأثرين بسكينر، خلال الستينات، أخذوا فى تطبيق الارتباط الشرطى الفعال operant conditioning فى أماكن مثل الفصول الدراسية، والمستشفيات. ومن ثم فقد كانت لديهم حاجة واضحة لتطوير مناهج الملاحظة التى يمكن من خلالها تقييم التغيرات السلوكية فى تلك المواقع. كذلك فإن الباحثين المتأثرين بنظرية بافلوف شعروا بالحاجة إلى طريقة منهجية لتقدير التغير السلوكى مباشرة خلال دراستهم لمدى فعالية أسلوب ولبه فى العلاج بالتطمين المنظم systematic desensitization فى علاج المخاوف والسلوك التجنبى" (Glassi & Perot, 1992, p. 624).

تعريف التقدير السلوكى :

رغم أنه لايوجد تعريف واحد متفق عليه بين المتخصصين، فإننا نذكر هنا على سبيل المثال تعريف كل من روزمارى نلسون وهايز (Rosemary Nelson & S. C. Hayes, 1981, P. 3) للتقدير السلوكى وذلك بهدف توضيح طبيعة التقدير السلوكى. فالتقدير السلوكى هو عبارة "التعرف على وحدات الإستجابة ذات المعنى، وقياسها، وكذلك قياس المتغيرات المتحكمة فيها (سواء فى ذلك المتغيرات البيئية أو العضوية)، وذلك من أجل فهم السلوك البشرى وتغييره". وهناك تعريفات أخرى نذكر منها تعريف كانفر وجونز (من خلال سيلفا Silva, 1993, p.9). حيث يعرف كانفر التقدير السلوكى بأنه "بمعناه الضيق ... يصف فلسفة فى القياس ومايتصل بها من مناهج لجمع معلومات مفيدة عن الأشخاص، مبنية فقط على بعض أبعاد السلوك الصادر عن الفرد، فى تفاعله مع البيئة، والقابل للملاحظة". أما جونز R.R. Jones فيعرف التقدير السلوكى بأنه "عبارة عن تقدير [أو فحص] يقوم به الفاحصون أو الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون أو غيرهم من الممارسين، الذين يستهدفون قياس مظاهر السلوك الظاهرى، القابل للملاحظة الخارجية، وليس الأحداث أو المفاهيم المستترة، مثل الاتجاهات، أو سمات الشخصية". ولكن يلاحظ أن هناك اختلافات بين المتخصصين فى وجهات النظر حول تعريف التقدير السلوكى وحول موضوع القياس. كذلك فهناك الكثير من التطورات التى طرأت على العلاج السلوكى بوجه عام؛ وهو المجال الذى يرتبط به التقدير السلوكى أوثق ارتباط، وقد تركت تلك التطورات أيضاً بصمات وآثاراً واضحة على التقدير السلوكى ذاته.

لمحة تاريخية :

من الصعب تحديد نقطة البداية التى ظهر عندها التقدير السلوكى. غير أنه من الممكن لنا أن نلمح تلك البوادر منذ البدايات الأولى للسلوكية وللعلاج السلوكى فى أوائل القرن الحالى. ففى المحاولات السلوكية الأولى لواطسون وراينر (Watson & Rayner, 1920) ومارى كفر جونز (Jones, 1924) فى العشرينات نرى محاولات جادة لملاحظة السلوك وقياسه وتكميمه. على أنه لم يشع استخدام هذا الإسم (التقدير السلوكى) إلا منذ منتصف السبعينات.

وقد أسهمت كتابات أيزنك (H. J. Eysenck, ed.,1960) فى توجيه الاهتمام إلى ضرورة التركيز على الأعراض السلوكية وقياسها قبل العلاج وأثناءه وبعد انتهائه. وقد نادى أيزنك بأن الأعراض السيكياترية (كالمخاوف المرضية مثلاً) هى نفسها المرض، وأنه لامبرر للبحث عن المرض (كالعقد النفسية اللاشعورية) فيما وراء

الأعراض النفسية ذاتها. كذلك أسهم جوزف ولبه (J. Wolpe, 1958) إسهاماً كبيراً بقيامه بعلاج أعراض الخواف (الفوبيا) علاجاً مباشراً دون الحاجة إلى الرجوع إلى الماضى أو إلى تراكماته اللاشعورية. وقد عززت إسهامات ولبه، وكتابات أيزنك تلك النظرة السلوكية إلى المرض النفسى من حيث أنه عبارة عن مجموعة من العادات السلوكية اللاتكيفية التى يمكن تغييرها بالإعتماد على مبادىء التعلم والإرتباط الشرطى. وقد أدى كل ذلك إلى تحول المعالجين السلوكيين إلى التركيز على قياس السلوك نفسه وتحليل أبعاده، وعلى قياس المتغيرات المتحكمة فيه.

كذلك فقد أسهم كل من لانج ولازوفيك (Lang & Lazovik, 1963) إسهاما بارزاً بالنسبة للتقدير السلوكى بتقديمهما لاستمارة المخاوف الشهيرة.

أوجه الشبه والاختلاف بين التقدير السلوكى والقياس النفسى التقليدى :

لعل من أهم مايميز التقدير السلوكى هو ذلك التركيز الواضح والمبدئى على السلوك الظاهرى. ويصدق ذلك بصورة خاصة على التقديرالسلوكى فى بداياته الأولى وحتى أواخر السبعينات. فالسلوك هو الموضوع الهام، الجدير بالدراسة، بل ربما كان الموضوع الوحيد المشروع للدراسة إلى جانب المتغيرات المتعلقة به. أماً المتغيرات الأساسية المؤثرة على السلوك فهى المتغيرات البيئية والمتغيرات الداخلية. وتشتمل المتغيرات البيئية على كل من المتغيرات الموقفية وهى المتغيرات السابقة على السلوك، أو التالية له. والمتغيرات السابقة على السلوك هى تلك المتغيرات التى تسبق السلوك، وتستثيره أو توجهه فى وجهة أو أخرى، أما المتغيرات التالية للسلوك فتشمل المدعمات الإيجابية والسلبية وغير ذلك من أشكال الثواب والعقاب التى تعقب السلوك والتى تقويه أو تضعف منه. أما المتغيرات الداخلية فتشمل تلك المتغيرات الفسيولوجية، أو المتغيرات المعرفية كالأفكار والإعتقادات والصور الذهنية والمشاعر التى تؤثر بدورها على السلوك. وبالمقارنة بذلك فإن القياس النفسى التقليدى ينظر إلى ماوراء السلوك الظاهرى، ويركز جل اهتمامه على قياس المتغيرات القائمة وراء السلوك.

كما يختلف التقدير السلوكى أيضاً عن القياس النفسى التقليدى من نواح أخرى. فالقياس النفسى التقليدى يركز على وصف الشخصية وتصنيف السلوك المرضى. وهو يتبنى فى ذلك النظرة العامة أو الجمعية Nomothetic، ويركز على أهمية الاعتبارات السيكومترية فى تقييم أدوات القياس. كما ينظر إلى التذبذبات داخل الفرد على تلك الأدوات على اعتبار أنها من أخطاء القياس لسمات تتصف أصلاً بالثبات النسبى.

أما التقدير السلوكى فهو يتبنى نظرة فردية idographic، كما يحاول التعرف

على المتغيرات السابقة واللاحقة للسلوك، وهى تلك المتغيرات التى تتحكم فى السلوك عند فرد معين بالذات، وليس عند كل الناس. كما أنه يمكن استخدام هذه المتغيرات أيضاً فى التخطيط للعلاج الذى يستهدف تغيير السلوك المشكل. كذلك فإن التقدير السلوكى ينظر إلى السلوك على أنه عبارة عن استجابة لعوامل موقفية، وليس ثابتاً عبر المواقف المختلفة. ومن هنا فإن التذبذبات أو التغيرات داخل الفرد ليست أخطاء فى القياس (حسب تصور القياس النفسى التقليدى) بل هى عبارة عن استجابات ذات معنى لمتغيرات سابقة أو لاحقة. كما أن الأخصائى النفسى يلاحظ هذه التذبذبات فى السلوك أثناء العلاج لمعرفة ما إذا كانت تحدث بوجه عام فى الاتجاه المرغوب (علاجياً).

ولا يوجد اختلاف كبير بين القياس النفسى التقليدى والتقدير السلوكى من ناحية طرق التقدير أو طرق الفحص المستخدمة. فالتقدير السلوكى لايقصر نفسه على الملاحظة المباشرة للسلوك الظاهرى. فإلى جانب ملاحظة السلوك الحركى الظاهرى، وقياس السلوك الانفعالى–الفسيولوجى، فإنه يقوم أيضاً بقياس السلوك اللفظى–المعرفى. غير أننا نلاحظ أن التقدير السلوكى يعطى الاعتبار الأول والمرجعية للسلوك الظاهرى.

ويستخدم أنصار التقدير السلوكى (مثلهم فى ذلك مثل أنصار القياس النفسى التقليدى) تشكيلة واسعة من أدوات وطرق القياس. ومن الممكن تصنيف هذه الطرق والأدوات فى فئتين رئيسيتين هما: الطرق المباشرة، والطرق غير المباشرة. وتشمل الطرق غير المباشرة المقابلة الإكلينيكية مع المريض ومع الآخرين، كما تشمل مقاييس التقارير الذاتية. أما الطرق المباشرة فتشمل الملاحظة الحية للمريض، أو الملاحظات الذاتية التى يقوم بها المريض نفسه. ومن فوائد الطرق المباشرة أن المعلومات المتجمعة لاتعتمد على قدرة المريض على التذكر الدقيق للمعلومات التى حدثت خارج جلسات العلاج. غير أن الملاحظة المباشرة – بالطبع – أكثر تكلفة وأكثر مشقة فى الحصول عليها.

ويلخص الجدول التالى (Glassi & Perot, 1992) أهم الفروق بين الفحص السلوكى والقياس النفسى التقليدى.

الهدف	الفحص السلوكى	القياس التقليدى
الأهداف	المساعدة فى التعرف على المشكلات السلوكية والظروف المحافظة عليها المساعدة فى اختيار العلاج المناسب المساعدة فى تقييم فعالية العلاج المساعدة فى مراجعة العلاج	المساعدة فى تشخيص وتصنيف الحالات ذات المشكلات المساعدة فى التعرف على العوامل المسببة etiological للمساعدة فى التنبؤ بالمآلprognosis
الفروض أسباب السلوك	السلوك عبارة عى وظيفة للمتغيرات الموقفية أو للتفاعل بين المتغيرات الموقفية والمتغيرات الشخصية	السلوك عبارة عن وظيفة لمتغيرات نفسية داخلية أو شخصية (كالسمات)
معنى الأداء السلوكى	ينظر إلى الأداء على أنه عينة من المخزون السلوكى لدى الشخص فى موقف معين	ينظر إلى الأداء على الاختبار على أنه علامة أو إشارة إلى حالة أو سمة أو متغير شخصى مستمر وكامن وراء السلوك
التطبيقات بناء الأدوات	التأكيد على تمثيل المقياس جيداً للملامح الخاصة بالسياق موضوع الاهتمام (حيث ينظر إلى السلوك على أن محدداته موقفية)	القليل من التأكيد على الملامح الخاصة بالسياق (حيث ينظر إلى الأداء على أنه متسق عبر الزمان وعبرالمواقف)
مجال الفحص	التأكيد على التمثيل الجيد للمخزون السلوكى موضوع الاهتمام (حيث ينظر إلى السلوك على أنه عينة من المخزون السلوكى)	التأكيد على التمثيل الجيدللحالة أو السمة أو المتغير الشخصى الكامن وراء السلوك موضوع الاهتمام (حيث ينظر إلى السلوك على أنه إشارة إلى متغير كامن)
جدول الفحص	التركيز على مجال عريض يشمل السلوك المشكل والظروف المحافظة عليه، ومتطلبات العلاج، وإعطاء العلاج، ونواتج العلاج..الخ فحص متكرر: عند المراحل الرئيسية فى العلاج أو طوال العلاج	التركيز على مجال ضيق يشمل الحالة المشكلة فحص غير متكرر: عادة قبل وبعد العلاج
طرق الفحص	تفضيل الطرق المباشرة فى القياس	طرق القياس بحكم تعريفها غير مباشرة (من حيث أنه ينظر إلى الأداء على الاختبار على أنه إشارة إلى حالة أو سمة كامنة)

جدول رقم (٧-١) يبين أهم الفروق بين التقدير السلوكى والقياس النفسى التقليدي

الفروض الأساسية للتقدير السلوكى

تستند كل نظرية من نظريات الفحص أو القياس على مجموعة من الفروض الأساسية حول السلوك ومحدداته أو أسبابه. وتؤثر تلك الفروض على أنواع الأدوات المستخدمة فى القياس، وعلى نوع الظواهر التى يركز عليها القياس، وعلى نوع المعلومات التى يتم الوصول إليها باستخدام المقاييس، كما تؤثر أيضاً على الإستنتاجات التى تترتب على تلك المعلومات. كذلك تؤثر تلك الفروض أيضاً على برامج العلاج وعلى تقييم آثار تلك البرامج العلاجية على المشكلات السلوكية. ويصدق ذلك بالطبع على النظريات المختلفة سواءً فى ذلك النظريات السلوكية أو الدينامية أو البيولوجية.

وسوف نتناول هنا بشئ من التفصيل الأسس النظرية التى يستند عليها التقدير السلوكى (S.C. Hayes, 1991 ; S.N. Haynes,1995). ونوضح هنا أهم تلك النظريات أو الفروض الأساسية.

١- العلية البيئية-الاجتماعية:

لعل أهم الفروض المؤثرة على مناهج القياس ومحور اهتمامه هى تلك الفروض المتصلة بأسباب السلوك والعوامل المؤدية إلى حدوث اضطراباته. فمثلاً تعتبر النظريات التحليلية والدينامية أن أسباب السلوك ومحدداته تكمن فى مجال اللاشعور. ومن هنا فإن القياس النفسى الدينامى يركز على محاولة الوصول إلى تقييم تلك العوامل اللاشعورية من خلال استخدام الأساليب الإسقاطية مثل اختبار روشاخ، أو اختبار تفهم الموضوع، أو استخدام أساليب التداعى الحر. بينما نجد أن وجهة النظر البيولوجية فى الطب النفسى تركز الاهتمام على قياس العوامل البيولوجية التى تعتبرها بمثابة المؤثر الأساسى على السلوك. وبناءً على ذلك فإنها تلجأ إلى استخدام عمليات تحليل الدم أو البول مثلاً، أو رسم المخ خلال عمليات الفحص الإكلينيكى للمساعدة على الوصول إلى تشخيص الحالات ورسم خطة العلاج.

أما وجهة النظر السلوكية فإنها تنسب محددات السلوك -فى غالب الأحيان_ إلى تلك الأحداث الاجتماعية-البيئية التى تسبق حدوث السلوك أو تلك التى تعقبه فوراً. ويتضح ذلك مثلاً بشكل جلى فى تفسير السلوك من خلال نظرية التعلم الاجتماعى، كالقول بأن انخفاض معدل التدعيم الاجتماعى عقب السلوك يؤدى إلى حدوث الاكتئاب النفسى.

ويلاحظ أن وجهة النظر البيئية-الاجتماعية لا تستبعد الدور الهام للعوامل الأخرى وتأثيرها البالغ على السلوك، مثل العوامل الفسيولوجية كالهرمونات والأحماض الأمينية للدماغ، أو العوامل المعرفية كالإنتباه والتوقعات وتقييم الذات.

وافتراض هذا الدور العلى الهام للأحداث البيئية فى تشكيل السلوك له أثر عميق على أهداف الفحص السلوكى ومناهجه. فالفحص السلوكى يركز بالضرورة على قياس الأحداث السابقة على السلوك والتى تؤدى إلى استثارته، كما يركز أيضاً على تلك الأحداث التالية للسلوك والتى تؤدى إلى تدعيمه وإلى زيادة احتمال حدوثه فيما بعد.

وتتضح هذه النظرة العلية فى مختلف أشكال الفحص السلوكى. فمثلاً خلال المقابلة يتفحص الأخصائى النفسى السلوكى بعناية الدور العلى أو السببى المحتمل للأحداث البيئية التى تقع قبل صدور السلوك عن الفرد، وأثناء حدوثه، وعقب حدوثه مباشرة. كما أن أساليب الفحص باستخدام أسلوب المراقبة الذاتية self-monitoring تحاول أن تتفحص السياق البيئى–الاجتماعى للسلوك المستهدف من خلال مايسجله المفحوص عن تلك الأحداث. كما تستخدم الملاحظة المباشرة للسلوك من أجل التعرف على تلك الأحداث السابقة على السلوك أو التالية له.

وعند فحص التغيرات البيئية–الاجتماعية يقوم الأخصائى النفسى بعملية تحديد الاحتمالات الشرطية للمشكلات السلوكية، بحيث يتم الوصول إلى تحديد الأحداث البيئية–الاجتماعية التى ترتبط إحصائياً بحدوث المشكلات السلوكية. ولكى يعتبر أى حدث بمثابة متغير سببى أو علِى، يجب أن يكون حدوث السلوك فى حال وجود هذا المتغير أكثر احتمالاً من حدوثه فى حال غيابه.

٢ – النظرة السياقية[١] للسلوك:

وتأخذ النظرة السلوكية فى الحسبان تلك المتغيرات الوسيطة[٢] التى توثر بدورها أيضاً على حدوث السلوك بجانب العوامل البيئية–الاجتماعية. فالاستجابة للموثرات البيئية تختلف باختلاف الأفراد والمواقف والأوقات. فمثلاً احتمال أن يحدث انتكاس لسكير سبق علاجه، كنتيجة لتعرضه للإختلاط بمجموعة من السكيرين فى المواقف الاجتماعية، يعتمد على عدد من العوامل الوسيطة، مثل توقعاته السيكولوجية أو توفر المساندة والدعم الاجتماعى لتجنب الخمور، أو اعتقاداته الدينية. ونتيجة لذلك فإن المحللين السلوكيين يولون اهتماماً كبيراً لفحص المتغيرات الوسيطة والتى يمكن أن تعدل من تأثير المتغيرات البيئية.

وتتضح النظرة السياقية جيداً فى نموذج كانفر وزازلو Kanfer & Saslow والمسمى باسم SORKC. وهو يشتمل على العناصر التالية:

- Stimuli (S): وهى المنبهات التى تسبق حدوث السلوك.

---

1 - Contextualism.

2 - Intervening variables.

- Organism (O): وهى الخصائص البيولوجية أو الوراثية وتاريخ التعلم لدى الفرد.
- Response (R): وهى الاستجابات أو السلوك موضوع الاهتمام.
- Contingencis (K): وهى الشروط المؤثرة (جداول نسب التدعيم الثابتة أو المتغيرة مثلاً).
- Consequences (C): وهى الآثار المرتبطة بالسلوك موضوع الاهتمام.

٣- التفاعل بين الشخص والبيئة:

تتبنى النظريات السلوكية نموذجاً تفاعلياً للعلاقة بين الفرد والبيئة، يرى أن العلاقة بين الفرد والبيئة عبارة عن طريق مزدوج الاتجاه، تتميز بتبادل التأثير والتأثر. فالفرد ليس مجرد مستقبل، أو متلقى سلبى للمنبهات البيئية، أو مجرد متغير تابع dependent variable. بل إن سلوك الفرد يؤثر على البيئة نفسها، والتى تؤثر بدورها على الكيفية التى يفكر بها أو يشعر أو يسلك بها ذلك الفرد. ومعنى ذلك أن الفرد يؤثر على البيئة كما يتأثر بها. فمثلاً، قد يصاب الفرد بالإكتئاب النفسى نتيجة لغياب التدعيم إثر مايقوم به من أعمال أو جهود. لكن غياب هذا التدعيم ذاته قد يتفاقم نتيجة لسلوك الشخص المكتئب نفسه.. وفى حالة القلق النفسى قد تثير المنبهات البيئية القلق لدى الفرد. إلاً أن تفكيره السلبى، أو حديثه الداخلى مع نفسه حول الأعراض الجسمية المبدئية (مثل سرعة ضربات القلب)، وتوقعاته المبالغ فيها للخطر المحدق أو الكوراث المنذرة تؤدى بدورها إلى تفاقم تلك الأعراض، وتؤدى زيادة النشاط الفسيولوجى بدورها إلى زيادة التفكير السلبى وتوقع حدوث الكوارث. ويستمر حدوث ذلك فى شكل حلقة مفرغة بما يؤدى إلى الرعب الشديد إذا لم يتم إيقاف تلك الحلقة المفرغة فى الوقت المناسب.

والميكانيزمات التى يحدث من خلالها هذا التفاعل كثيرة ومعقدة. فمثلاً، يمكن للشخص أن يؤثر على معدل التدعيم الصادر عن البيئة من خلال تغييره لما يصدر عنه رداً على السلوك الاجتماعى للآخرين. وفى وسعه أيضاً أن يقدم المنبهات التى تستثير الدعم من الآخرين أو التى تعمل كحوافز لسلوك الآخرين. ومن خلال ذلك يمكن للشخص أن يؤثر على درجة التعرض للضغوط البيئية أو تغيير السياقات التى تعمل من خلالها.

٤- الاقتران الزمنى مع محددات السلوك:

تتميز النظريات السلوكية بالتأكيد على أهمية المحددات أو المؤثرات التى تحدث

فى وقت مقارب زمانياً لوقت حدوث السلوك موضع الاهتمام. ويفترض أن قدراً كبيراً من التباين فى السلوك يمكن تفسيره من خلال الإشارة إلى التفاعلات المعاصرة للسلوك، بدلاً عن التفاعلات السابقة عليه تاريخياً والتى حدثت فى الماضى البعيد. ويمكن أن نقارن ذلك مثلاً بالنظريات الدينامية والتى ترى أن جذور السلوك أو أسبابه تعود إلى مرحلة الطفولة، أو ربما قبلها خلال مراحل الحمل والميلاد، أو خلال التطور التاريخى للإنسان فى العصور القديمة (كما يرى بعض علماء النفس، مثل كارل يونج). وهذا التركيز على المتغيرات العلية أو السببية الحاضرة، يرجع إلى اعتبارات علمية وعملية. فالمتغيرات العلية الحاضرة أكثر قابلية للفحص والتعديل، كما أنها أيضاً ذات أهمية أكبر كمحددات للمشكلات السلوكية. ولذا فإن التفاعلات الحاضرة بين السلوك والبيئة والتى تعمل على إبقاء المشكلات السلوكية تظل محور الاهتمام عند إجراء الفحص السلوكى. وهذا لايمنع من الاعتراف بأهمية الخبرات المبكرة وتأثيرها على السلوك، مثل تأثير التفاعلات الضارة أو الخاطئة بين الطفل والوالدين، أو تأثير الصدمات النفسية، أو أمراض الطفولة فى نشأة وظهور المشكلات السلوكية فيما بعد. غير أن محور الاهتمام فى وجهة النظر السلوكية يتركز على الخبرات والتفاعلات الحاضرة.

وهذا التركيز على التفاعلات الحاضرة يؤثر بدوره على أساليب الفحص السلوكى ونتائجه. فأساليب الملاحظة الذاتية، والملاحظة بالمشاركة، والفحص السيكوفسيولوجى، هى كلها أساليب للفحص تقصر نفسها على السلوك الحاضر وعلى المحددات المفترضة للسلوك والمعاصرة له.

والحقيقة أن العلاقة الزمنية بين الأحداث العلية أو المسببة وبين المشاكل السلوكية علاقة معقدة، وكثيراً ماعبر علماء النفس عن تحفظاتهم على التأكيد الكامل على الاقتران الزمنى. فمثلاً، نجد أن فترة الكمون بين المتغيرات العلية، وآثارها السلوكية قد تتباين تبايناً كبيراً، وقد تتأثر القوة الظاهرة للعلاقات العلية بكيفية أخذ عيناتها أو تمثيلها زمانياً. وقد تختلف الآثار المترتبة على متغيرات علية معينة عبر مراحل النمو المختلفة، وقد تكون هناك فترات حاسمة بالنسبة لتأثير المتغيرات العلية، كما أنه يمكن أن تختلف المتغيرات العلية فى مدى استمرار آثارها لفترات طويلة.

وتوحى هذه الملاحظات بأن قصر التركيز على الظواهر المتزامنة وعلى علاقاتها معاً قد يحد من صدق النظريات السلوكية ومدى تطبيقها. فمثلاً، نجد أن معظم أساليب الملاحظة المباشرة تستخدم فى وقتنا الحاضر لاكتشاف المحددات التى تحدث فى مدى دقائق محدودة من السلوك المستهدف. ولكن من الواضح أن بعض

العوامل القوية التأثير قد تحدث فيما وراء هذا المدى الزمنى. وقد يفيد الالتفات إلى العوامل التاريخية والتى حدثت فى الماضى، وإلى العلاقات المعقدة بينها وبين السلوك، فى عديد من النواحى مثل تحسين الصدق التنبؤى للنظرية السلوكية. كما يفيد ذلك فى تسهيل إنشاء برامج الوقاية، وتقليل الانتكاس لدى المرضى النفسيين. ويعتمد ذلك أيضاً على اكتشاف المثيرات المباشرة أو القوادح triggers المحتملة للسلوك.

٥- المحددات الموقفية للسلوك

ويرتبط بافتراضات العلاقة التبادلية بين الفرد والبيئة، افتراض أن قدراً كبيراً من التباين السلوكى يمكن تفسيره بالرجوع إلى العوامل الموقفية السابقة على السلوك. والمفترض أن المنبهات البيئية السابقة على السلوك تعمل كمنبهات تستثير السلوك (وهى المنبهات الشرطية أو غير الشرطية فى الارتباط الشرطى الكلاسيكى) أو أنها تعمل كمنبهات تمييزية discriminative (أى منبهات ترتبط بالاحتمالات الفارقة بالنسبة لأشكال سلوكية معينة فى الارتباط الشرطى الفعال operant). فمثلاً قد تحدث اضطرابات النوم فى بعض أماكن النوم دون بعضها الآخر، أو قد يحدث الصداع للطفل فى المدرسة ولا يحدث فى المنزل، وهذا يوحى بأن الاحتمال الشرطى لحدوث السلوك قد يتباين كثيراً عبر المواقف المختلفة.

ورغم أهمية المحددات الموقفية للسلوك، فمن غير المنطقى افتراض أن الفرد مجرد مستجيب سلبى لمنبهات بيئية عابرة؛ ومن الأفضل افتراض أن تباين السلوك يمكن تفسيره من خلال الإشارة إلى كل من المواقف والأشخاص، وأن نماذج السلوك يمكن أن يتم تعميمها عبر المواقف بالنسبة لبعض الأشخاص وأشكال السلوك والمواقف.

وللتباين عبر المواقف ودوره فى تحديد الاحتمالات الشرطية للسلوك نتائج هامة بالنسبة لمناهج الفحص، واكتشاف العوامل المسببة وفى رسم الخطط العلاجية وتقييمها. فمثلاً نجد أن الاختلاف فى معدل صدور السلوك العدوانى عن الطفل فى حضور الأم عما هو الحال فى حضور الأب، يوحى بوجود عوامل مؤثرة أو شرطية مختلفة للسلوك. ويجب تفحص هذه النماذج السلوكية المختلفة بعناية، كما أن نتائج الفحص يمكن أن تشير إلى الأهداف الممكنة للتدخل العلاجى. كما أن هذه الفروق الموقفية قد توحى أيضاً بالحذر من افتراض إمكانية تعميم نتائج العلاج عبر المواقف. ولذلك يحاول المحللون السلوكيون أن يتفحصوا بعناية درجة التباين عبر المواقف، ومحدداتها، وأثرها على السلوك قبل وبعد التدخل العلاجى.

٦- العلية المتعددة أو تعدد أسباب السلوك:

كثيراً ما نرى فى علم النفس الاكلينيكى افتراضات مبسطة تنسب زملات السلوك إلى أسباب آحادية (مثلاً : افتراض أن سبب الاكتئاب هو خلل فى وظائف التوصيل العصبى، أوأنه نتيجة للإضطراب المعرفى). وعلى العكس من ذلك يؤكد المحللون السلوكيون فى غالب الأحيان على مفهوم التعدد العلَى أو تعدد أسباب للسلوك. أى أن كل سلوك أو كل مشكلة سلوكية تتأثر عادة بالعديد من المتغيرات العلية التى تتفاعل مع بعضها البعض.

وأحد اللوازم المتصلة بافتراض الحتمية المتعددة هو أن هناك فروق فردية جوهرية فى محددات السلوك، وفى المتغيرات الداخلية التى تؤثر على آثار العلاج، وفى أشكال الاستجابة للعلاجات النوعية. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه يفترض وجود فروق فردية فى العلية بين زملات الأعراض، وداخل تلك الزملات نفسها. فمثلاً يفترض أن محددات الإكتئاب تختلف عن محددات اضطرابات السلوك الأخرى، كما أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد المرضى بالإكتئاب بالنسبة للمحددات أو الأسباب التى أدت إلى إكتئابهم.

وهذا التأكيد على العلية المتعددة والفروق الفردية، يشجع على الفحص السلوكى الواسع المدى والمتعدد الجوانب multimodal أيضاً. ومن أمثلة ذلك استخدام طرق متعددة للفحص، وأن يشمل الفحص جوانب متعددة، كالجوانب المعرفية، والانفعالية، والسلوك الظاهرى مثلاً. فإذا أخذنا كمثال إحدى مشكلات السلوك الإجتماعى، مثل الإنعزال الإجتماعى لأحد الأطفال، فقد يكون هذا السلوك نتيجة لعدد من الترابطات المختلفة التى تتفاعل مع بعضها البعض، مثل قصور أو عدم توفر القدوة الوالدية فى مجال السلوك الإجتماعى، أو عدم توفر قدر كاف من التعرض لخبرات التعلم الإجتماعى، أو حدوث تدعيم للسلوك الإنعزالى أو غير الملائم فى الماضى، أو التأثير المعوق للقلق على سلوك الطفل، أو على توقعاته، أو تعرض التفاعل الإجتماعى للطفل للعقاب. ونحتاج هنا إلى الفحص السلوكى بصورة خاصة لكى نحدد أى هذه العوامل هو الأهم بالنسبة لهذا الطفل بالذات.

ومن أهم النتائج المترتبة على افتراض العلية المتعددة أنه يقلل من أهمية التشخيص (إن لم يلغ تلك الأهمية) بالنسبة لأنواع العلاج النفسى التى تركز على تغيير المحددات السلوكية. فبرامج العلاج النفسى لايمكن أن تتبنى كلية على أساس الفئات التشخيصية مثل "الاكتئاب"، أو "تعاطى المخدرات"، أو "إفراط الحركة" hyperactivity. فهذه الفئات التشخيصية فئات عامة ولاتمكننا من معرفة العوامل النوعية المحددة المؤثرة بالفعل على المشكلة السلوكية بالنسبة لشخص بعينه. ونتيجة

لذلك فإن التقييم الشامل للمشكلة السلوكية، وللدور العلى للمحددات المختلفة باستخدام مناهج الفحص السلوكى يعتبر أمراً بالغ الأهمية فى تحديد أهداف العلاج واختيار أساليبه.

على أن افتراض التعدد والتنوع فى العلية فيما بين الاضطرابات السلوكية، وداخل كل منها بين فرد وآخر، لايترتب عليه عدم إمكانية تطوير بروتوكولات علاجية للأفراد الذين يعانون من نفس الاضطراب النفسى. بل إن الأمثلة كثيرة وشائعة على الاستخدام الناجح لمثل هذه العلاجات. ومع ذلك فإن افتراض التعدد والنوعية يعنى أنه يمكن زيادة احتمال نجاح العلاج عندما يتم تفصيل هذه العلاجات بحيث تناسب المحددات النوعية الخاصة التى يمكن التعرف عليها من خلال الفحص السلوكى قبل العلاج.

٧- النظرة الامبيريقية:

يتبنى التقدير السلوكى والعلاج السلوكى أحد المبادئ الأساسية للنظرية للسلوكية، وهو مبدأ الاعتماد على النظرة الامبيريقية. وتعنى النظرة الامبيريقية التأكيد على أهمية الخبرة الحسية فى جمع المعلومات بدلاً عن التفكير النظرى البحت. وينعكس هذا الفرض فى التأكيد القوى على القياس الكمى غير المتحيز للسلوك الملاحظ، والذى تم تحديده تحديداً دقيقاً.

وقد أرجع علم النفس الاكلينيكى التقليدى اضطرابات السلوك إلى متغيرات افتراضية، عقلية، وسيطة أو متدخلة (مثل الصراعات النفسية والحوافز الداخلية)، يصعب تعريفها إجرائياً وقياسها بدقة. ونتيجة لذلك لم تكن تلك النماذج والإجراءات العلاجية المبنية عليها قابلة للبحث الامبيريقى أو للرفض العلمى. ولاشك أن تلك القابلية للبحث الامبيريقى أو للرفض العلمى عملية ضرورية لنمو المفاهيم العلمية ولتطوير الأساليب العلاجية فى أى نسق أونظرية علمية.

وتحاول النظريات السلوكية كرد فعل على هذا القصور الإبستمولوجى (المعرفى) epistemological التقليل من الخصائص الاستدلالية للمفاهيم وذلك بالتركيز على أشكال السلوك القريبة والمحددة تحديداً جيداً، والقابلة -أيضاً- للقياس فى البيئة الطبيعية. وقد أثر ذلك بقوة على مناهج التقدير السلوكى. فمثلاً نجد أن التركيز على الملاحظة المباشرة للأحداث الظاهرة يرجع جزئياً إلى تفضيل قياس السلوك المستهدف قياساً قابلاً للتحقق من صحته، مع أقل قدر من الاستدلال. كما نلاحظ أن المقابلات السلوكية تركز غالباً على ما يعمله الأشخاص فى بيئتهم الطبيعية، وعلى التحديد

الدقيق لما يذكره المريض من ظواهر مثل القلق أوالشعور بالذنب أو التصرفات غير المسئولة مثلاً. كذلك فإن المحللين السلوكيين أقل احتمالاً لأن يرجعوا محددات السلوك إلى متغيرات داخلية غير قابلة للملاحظة، وذلك رغم اعترافهم بأهمية المشاعر الذاتية، والأحداث الفسيولوجية، والاتجاهات النفسية والتوقعات وغيرها من المتغيرات المعرفية الوسيطة أو التابعة[٣].

٨- تباين جوانب الاستجابة[٤]:

ويطلق على هذه الظاهرة أحياناً اسم التخالف[٥]، أو التضارب[٦]. وهى تشير إلى أن المشكلات السلوكية، مثل "العدوان" أو " اضطراب الأداء الجنسى" أو "قصور الانتباه" تتكون من عناصر متعددة، كثيراً ماتتصف بانخفاض التآلف أو الترابط معاً زيادة ونقصاً. فمثلاً تتضمن استجابات القلق أو الخوف خبرات معرفية نوعية، ومظاهر سلوكية تجنبية، ومشاعر ذاتية بعدم الإرتياح، ومستويات مرتفعة من الإستثارة التى يتوسط فيها الجهاز العصبى. ولكن من المهم ملاحظة أن هذه العناصر قد لاتتصف بدرجة كبيرة من الترابط عبر الأفراد أو داخل الفرد نفسه. بل نجد أن بينها قدر صغير من الاتساق الداخلى. بل قد يظهر تباين جوانب الاستجابة بين المقاييس المختلفة لنفس المظهر السلوكى. ومثال ذلك الارتباطات المحدودة بين التوصيل الكهربى للجلد واستجابات جهد الجلد. ومن الأمثلة التى توضح ذلك أننا نلاحظ أن هناك فروقاً فردية فى الاستجابات الانفعالية. فبعض الناس يؤدى انفعالهم إلى زيادة نبضات القلب، بينما يحمر وجه شخص آخر، ويتصبب ثالث عرقاً. فإذا قسنا هذه الوظائف المختلفة لدى شخص واحد فإننا نلاحظ ذلك التباين فى استجاباته. بمعنى أنه لايكون مرتفعاً فى كل شئ أو منخفضاً فى كل شئ، وإنما هناك تباين فى استجاباته.

وتبعاً لهذا الفرض فإن قياس مظهر واحد من مظاهر السلوك قد لايمثل تمثيلاً صادقاً كل مكونات الاضطراب السلوكى المركب. وفى معظم الحالات قد نحتاج إلى التركيز على قياس جوانب متعددة من الاستجابة لكى نفحص اضطراباً سلوكياً بعينه أو لكى نراقب آثار التدخل العلاجى.

---

3 - Dependent variable.

4 - Response fractionation.

5 - Desynchronization.

6 - Discordance.

الاختبار الامبيريقى للمفاهيم النظرية :

لعل من أهم المحكات المستخدمة لتقييم قدرة أى نظرية أو نسق من المفاهيم السيكولوجية على البقاء هو مدى ماتحققه النظرية من التطور النظرى والفنى، ومعدل الزيادة فى مقدار التغير السلوكى الذى يمكنها تفسيره (الصدق التنبؤى)، ومعدل الزيادة فى كفاءة التدخل العلاجى المبنى على النظرية، وقابلية النظرية للتطبيق.

وأهم خصائص النظرية السلوكية هى ذلك التأكيد على مبدأ الخبروية (الامبيريقية)[٧] كمنهاج أساسى للتطور والنمو فى المفاهيم النظرية والتطبيقات الفنية. فالفروض التى تدور حول خصائص الاضطرابات السلوكية وأسبابها وعلاجاتها يتم تنميتها وتحديدها واختبارها وتحسينها امبيريقياً. وبذلك فإن النسق السلوكى النظرى يؤكد على مبدأ الخبروية باعتباره المنهج الأولى للنمو النظرى والتكنولوجى. ومن ثم فإن النظرية السلوكية تؤكد على مناهج البحث بدلاً عن الالتزام بنظرية ثابتة ومحددة عن الأسباب والعلاج. وهذا الإلتزام بالمنهج ضرورى فى أى نظرية سلوكية تؤكد على التقييم أو التصحيح الذاتى، ومن ثم القدرة على البقاء عبر الزمن.

ويؤثر هذا الالتزام بالمنهج الامبيريقى على مفاهيم الفحص السلوكى وإجراءاته. فبالإضافة إلى التقليل من استخدام المفاهيم النظرية الاستدلالية، هناك تأكيد قوى على التكميم[٨]. ورغم أن المعلومات الكيفية (أو الوصفية) عن المريض وعن السلوك هامة، إلاً أن المحللين السلوكيين يحاولون أيضاً الحصول على المعلومات عن السرعة، والديمومة، والشدة والتكرار، والكمون[٩]، والدورية[١٠]، والاحتمال الشرطى للسلوك. وتفيد تلك المعلومات الكمية فى قياس السلوك المستهدف، وتصميم برامج التدخل العلاجى، واختبار النماذج العلِية، وتقييم كفاءة أو فعالية العلاج. وتتضح أهمية التكميم ليس فقط فى الجهود المتعلقة بالحصول على المعلومات من خلال الملاحظة المباشرة، والملاحظة الذاتية، والملاحظة بالمشاركة، والفحص النفسى الفسيولوجى، ولكنها تتضح أيضاً فى المقابلات الاكلينيكية، حيث يحاول المحللون السلوكين الحصول على قياسات كمية للمشكلات السلوكية وما يتصل بها من سلوك، وكذلك الحصول على قياسات كمية للعوامل البيئية التى يحتمل تعلقها بتلك المشكلات.

كما ينعكس الاتجاه الامبيريقى أيضاً فى استمرار ومتابعة الفحص السلوكى لآثار التدخل العلاجى، وفى استخدام أساليب دراسة الحالة الفردية وسلاسل المتابعة

---

7 - Empiricism.
8 - Quantification.
9 - Latency.
10- Cyclicity.

الزمنية[١١]. فهدف التقدير السلوكى ليس ببساطة قياس أشكال السلوك المستهدف، وتيسير تطوير خطط التدخل العلاجى، ولكنه يقدم أيضاً آلية (ميكانيزم) للتقييم المتتابع لآثار العلاج، ولتقديم المعلومات اللازمة لتغيير استراتيجيات التدخل العلاجى، وتيسير الوصول إلى الاستنتاجات المتعلقة بالعوامل المسئولة عن التغيرات التى تمت ملاحظتها، فمثلاً إذا كنا بصدد فحص عائلة لديها طفل عدوانى، فقد يشتمل الفحص على تقارير يومية يعدها الوالدان عن سلوك الطفل طوال فترة العلاج، بجانب الملاحظات الأسبوعية لتفاعلات الطفل والوالدين بالمنزل أو بالعيادة النفسية. وهذه المعلومات تساعد المحلل السلوكى بالضرورة على متابعة آثار التدخل العلاجى، وعلى القيام بالتغييرات اللازمة فى البرنامج العلاجى إذا تطلب الأمر ذلك.

وظائف التقدير السلوكى :

تختلف أنظمة الفحص من ناحية الوظائف أو الأغراض التى تستخدم من أجلها. وللفحص السلوكى أغراض متعددة، منها مثلاً التعرف على المتغيرات العلية أى المتعلقة بأسباب السلوك. وتتشابه وظائف الفحص السلوكى مع وظائف القياس النفسى التقليدى أحياناً، وتختلف معها أحياناً أخرى. ومن أوجه الاختلاف أن الفحص السلوكى يهدف إلى التعرف على المشكلات السلوكية النوعية أو المحددة تحديداً إجرائياً. كذلك فإن الفحص السلوكى يؤدى عادة إلى توصيات باستخدام استراتيجيات محددة للتدخل، كالتوصية باستخدام برنامج للتدعيم السلوكى يحدد أنواع المدعمات وكذلك مظاهر السلوك التى تستحق التدعيم. وسوف نعرض فيما يلى لأهم وظائف الفحص السلوكى.

وأول هذه الوظائف **تحديد الأهداف العلاجية**. ويعتبر تحديد الأهداف السلوكية للعلاج من أهم عناصر الخطة العلاجية. ويلاحظ أن المرضى النفسيين عندما يطلبون الخدمات النفسية يشكون غالباً من مشكلات عامة وغير محددة تحديداً واضحاً، كالشعور بالضيق أو وجود خلافات عائلية مثلاً. وتحتاج هذه المشكلات العامة إلى جهد كبير لتحديدها تحديداً سيكلوجياً دقيقاً، ومن ثم تحديد الأهداف المنشودة من العلاج. وقد تتغير المشكلة بالنسبة للمريض مع استمرار تقدم العلاج. فقد تكون المشكلة فى بداية العلاج هى الاكتئاب النفسى ولكننا قد نكتشف فيما بعد أن هذا الاكتئاب قد نشأ عن صدمة نفسية مر بها المريض، أو أنه يرتبط ببعض المشكلات العائلية. كما نلاحظ أيضاً أن المرضى يعانون عادة من مشكلات متعددة وليس من مشكلة واحدة. فمثلا قد يشكو المريض من مشكلة سوء العلاقات الزوجية، ولكننا نجد

11- Time series.

بجانب ذلك أن هناك مشكلات أخرى إضافية مثل اضطرابات النوم أو استعمال المخدرات أو قصور المهارات الاجتماعية.

وإذا سلمنا بوجود مشكلات سلوكية متعددة، واستحالة علاجها جميعا فى نفس الوقت، فيمكن أن نلجأ إلى اختيار السلوك الذى يتوقع أن يؤدى تعديله إلى أكبر قدر من التحسن فى أكبر عدد من المشكلات. كما تؤثر بعض الاعتبارات الأخرى على اختيارنا للسلوك المستهدف فى العلاج. ومن أمثلة ذلك بروز المشكلة أو درجة حدتها، وتكرار حدوثها، ومدى خطورتها على الفرد أو الآخرين، وأيضاً قابلية المشكلة للعلاج أو توفر الأساليب الملائمة لعلاجها.

وإحدى الوظائف الأخرى للفحص السلوكى **التعرف على فئات الاستجابة المتشابهة وظيفياً**، أى من حيث الوظيفة النفسية التى تخدمها أشكال السلوك المختلفة داخل الفئة السلوكية. فهذة الأشكال السلوكية قد تختلف فى شكلها ولكنها تقع تحت تحكم متغيرات سابقة أوتالية متشابهة. مثال ذلك قد يكون كل من "اللعب التعاونى للطفل" و"الاستعراض أمام الآخرين" من نفس الفئة الوظيفية لأن كلاً منهما يؤديان إلى زيادة انتباه الأخرين. وترجع أهمية الفئات الوظيفية للاستجابات إلى إمكانية إحـــلال سلوك أكثر تكيفية محـــل سلوك آخر من داخـــل نفس الفئة، لكنه أقـــل تكيفية خلال العلاج النفسى. فمثلاً يمكن استخدام تدريبات الاسترخاء الجسمى كبديـــل عن استخدام المخدرات إذا كان كلاهما يستخدم لتخفيض مستويات الاستثارة الفسيولوجية.

وإحدى الوظائف الأخرى الهامة للفحص السلوكى **التعرف على مظاهر السلوك البديلة** عن السلوك المرضى أو المشكل وتصميم برامج التدخل العلاجى المناسبة. وفى كثير من الأحيان يولى المحللون السلوكيون قدراً أكبر من الاهتمام لمحاولة التعرف على الأهداف الإيجابية للعلاج بدلاً عن التركيز على المشكلات. وهذه الأهداف الإيجابية هى عبارة عن المهارات السلوكية التى يمكن أن تكون بديلاً عن المشكلات أو التى تؤدى ممارستها إلى حل تلك المشكلات. مثال ذلك تعلم مهارات السلوك الاجتماعى التى يحتاجها الشخص الذى يعانى من القلق الاجتماعى لكى يمكنه القيام بالتفاعلات الاجتماعية الجيدة والمريحة والتى يحصل من خلالها أيضاً على التدعيم الاجتماعى. ولهذا التركيز على الأهداف الايجابية فى الفحص السلوكى العديد من المزايا:

١- أنها تشجع على استعمال أساليب واجراءات إيجابية بدلاً عن استخدام الأساليب العقابية.
٢- أنها أكثر قبولاً لدى الفرد والأسرة والمدرسين وغيرهم.

٣- أنها توجه اهتمام وجهد المريض وكذلك المعالج نحو بناء السلوك الإيجابى الذى يؤدى بدوره إلى اختفاء السلوك المشكل أو السلبى المتصل به.
٤- أنها تثير قدراً أقل من عدم الارتياح عما يثيره التركيز على نواحى القصور أو المشكلات السلوكية.

ومع ذلك ففى بعض الأحيان، قد تكون أشكال السلوك السلبية خطيرة أو سائدة بشكل لايسمح بصرف الإنتباه عنها أو إغفالها، أو قد تكون عقبة أمام العلاج يلزم إزالتها منذ البداية، بحيث أنه لايمكن تجنب استهدافها فى العلاج. ومن أمثلة ذلك العنف الجسدى، أو الإيذاء اللفظى أو الجسدى للزوجة أو الزوج.

ولعل أكثر أهداف الفحص السلوكى تعقيداً، وأكثرها دلالة وأهمية أيضاً ذلك **الربط المتكامل للمعلومات المتجمعة معاً فى تحليل وظيفى شامل** وصادق للمريض، بما يقدم تصوراً متكاملاً للسلوك المستهدف، وللمحددات والمتغيرات الوسيطة، وكذلك شكل العلاقات القائمة بينها ومدى قوة تلك العلاقات. فمثلاً قد يشمل التحليل الوظيفى لأسرة ذات طفل عدوانى على معلومات كمية وكيفية عن أنماط السلوك العدوانى الصادر عن الطفل عبر المواقف المختلفة (كالمدرسة فى مقابل البيت، أو فى حضور الأب فى مقابل الأم)، وكذلك سلاسل الأحداث السلوكية والبيئية التى تسبق السلوك العدوانى، وما يرافقه من اقترانات، والشروط الفارقة المرتبطة بالسلوك العدوانى، والشروط المرتبطة بحدوث السلوك الاجتماعى البديل، وأيضاً الوظائف التجنبية أو التهربية للسلوك العدوانى، وأشكال السلوك الأخرى التى تتغير زيادة ونقصاً مع السلوك العدوانى. وقد يشمل الفحص السلوكى الأكثر شمولاً معلومات إضافية عن الخصائص العلية أو السببية المتعلقة بالوالدين وبالظروف الاقتصادية وبالعومل المعرفية السابقة أو اللاحقة للسلوك، ومستوى الأداء العقلى، ووجود أو عدم وجود إعاقات فى التعلم أوغير ذلك من أوجه القصور الأكاديمى، والدور المحتمل للعلاقات بين الزوجين، ونماذج القدوة المحتملة للسلوك العدوانى، وتأثير سلوك الزملاء.

بعض أطر التقدير السلوكى

قام عدد من علماء النفس بإعداد أطر أو مخططات لجمع المعلومات السلوكية بطريقة منظمة. ومن هؤلاء العلماء كل من كاوتيلا Cautela وكانفر Kanfer ولازاروس Lazarus. وسوف نعرض بإيجاز لهذه الأطر التى تتميز بأنها تساعد على توجيه اهتمام الأخصائى النفسى إلى المظاهر المختلفة للسلوك والتى يحتاج إلى أن يوليها اهتمامه فى التقدير السلوكى.

مراحل العلاج عند كاوتيلا :

اشتمل الإطار السلوكى الذى قدمه كاوتيلا على ثلاث مراحل على النحو التالى:

١- مرحلة تحديد السلوك اللاتكيفى:

وفى هذه المرحلة يقوم الأخصائى النفسى بجمع المعلومات التى تساعد على تحديد المشكلة وذلك من خلال المقابلة ومن خلال الاستخبارات المفصلة.

٢- مرحلة التخطيط والتنفيذ العلاجى:

وتشمل اختيار استراتيجيات التدخل العلاجى وتنفيذها على أرض الواقع. فمثلا إذا كان المريض يعانى من المخاوف المرضية فقد يختار المعالج النفسى استخدام أسلوب التطمين المنظم systematic desensitization. أما إذا كان المريض يعانى من شكل من أشكال السلوك المنحرف أو غير المرغوب فيه فقد يستخدم المعالج أحد أساليب العلاج بالتنفير aversion therapy؛ ومن أمثلة ذلك استخدام الروائح المنفرة فى علاج بعض الانحرافات الجنسية.

٣- مرحلة المتابعة والتقييم:

ويشتمل ذلك على متابعة حالة المريض وتقييم التغيرات التى تطرأ على السلوك كنتيجة للعلاج. وتتم هذه المتابعة بصورة منتظمة للتأكد من أن حالة المريض تتحسن مع العلاج. أما إذا لم يظهر التحسن فى خلال فترة معينة فقد يلجأ المعالج إلى إعادة النظر وربما لجأ إلى تغيير خطة العلاج.

إطار الفحص عند كانفر وزازلو :

يذكر كانفر (F. H. Kanfer & B.K. Schefft, 1988) أن أسلوب المعالج النفسى فى التشخيص يشبه هرماً متدرجاً. فهو يبدأ بعملية مسح عريض أو واسع النطاق لمدى واسع من الأحداث والأنشطة، ثم يأخذ فى تحديد أو تضييق نطاق اهتمامه بحيث يتجه تدريجياً نحو قطاعات أصغر فأصغر فى حياة المريض. وعندئذ يعطى الأخصائى أقصى الاهتمام لتلك العمليات النفسية والعوامل السياقية التى يتضح تعلقها بالمشكلة الحالية، وبالعلاجات المحتملة. ومع ذلك فإن المسح العريض والمتسع المدى فى البداية ضرورى لكى يتيح المجال للمعالج لأن يكوّن منظوراً يخلو من التشويه المحتمل، والناتج عن الإدراك الإنتقائى للمريض، ولتقاريره الذاتية عن الموقف.

و قد قام كانفر وزازلو (المرجع السابق) بإعداد إطار للفحص السلوكى هو بمثابة دليل للتحليل الوظيفى للسلوك. ويساعد هذا الإطارعلى توجيه اهتمام المعالج نحو

المجالات التى يحتمل أن تكون ذات علاقة وثيقة بالمشكلة الحالية للمريض. ويحتوى هذا الإطار على سبعة عناصر على النحو التالى:

١- **التقييم المبدئى:** وهو عبارة عن تحليل المشكلات الحالية للمريض وكذلك تقييم مصادر المساعدة ومهارات المريض، وغير ذلك من نواحى القوة التى يمكن استخدامها فى العلاج.

٢- **توضيح المشكلة:** وهو عبارة عن توضيح الموقف المشكل من ناحية المتغيرات التى تحافظ على استمرار الوضع الحالى أو المشكلة الحالية، وكذلك ما يحتمل أن يترتب على التدخل العلاجى من نتائج بالنسبة للموقف الحالى.

٣- **التحليل الدافعى:** وهو يشتمل على مسح أو دراسة للحوافز والأهداف والقيم والشواغل الحاضرة والتى تمثل عوامل إيجابية أو سلبية بالنسبة لبرنامج التغيير.

٤- **تحليل النشأة والنمو:** وينظر إلى التغيرات البيولوجية والاجتماعية والسلوكية فى تاريخ حياة الشخص، والتى تتعلق بالمشكلة الحالية وبصياغة الخطة العلاجية.

٥- **تحليل الضبط الذاتى:** ويتم هنا تحليل قدرة المريض على التنظيم الذاتى والضبط الذاتى، أى القدرة على توجيه الأفكار والأفعال بطريقة منظمة وكذلك تحليل الأشخاص الآخرين والمواقف التى توثر سلباً أو إيجاباً على أنشطة الضبط الذاتى للمريض.

٦- **تحليل العلاقات الاجتماعية:** ويشتمل ذلك على فحص الرصيد الاجتماعى فى البيئة من ناحية تأثيرها على السلوك المشكل الحالى، وكذلك من ناحية كونها رصيداً يمكن استخدامه فى العلاج.

٧- **تحليل البيئة الطبيعية-الثقافية-الإجتماعية:** ويشمل ذلك تحليل البيئات الطبيعية والاجتماعية وما يتعلق بها من معايير، وذلك لتقييم مدى الاتفاق بين البيئة الحالية للمريض، ومخزونه السلوكى، والأهداف العلاجية التى يمكنه تحقيقها.

إطار الفحص السلوكى عند لازاروس :

قدم لازاروس إطاراً للفحص السلوكى يتمشى مع نظريته فى العلاج السلوكى والمسماة بالعلاج السلوكى المتعدد الجوانب multimodal behavior therapy. ويتكون هذا الإطار من سبع جوانب. وقد أطلق لازاروس على هذا الإطار إسماً اشتقه من الحروف الأولى لأسماء هذه الجوانب السبع وهو BASIC ID.

السلوك: Behavior

الوجدان: Affect

الإحساس: Sensation
المخيلة: Imagery
المعرفة: Cognition
العلاقات بالآخرين: Interpersonal relations
العقاقير والجانب البيولوجى: Drugs/Biology

وسوف نعرض هنا مثالاً توضيحياً لاستخدام هذا الإطار فى الفحص النفسى، وهو حالة المريضة "ب" التى عرضتها بالتفصيل شارون جرينبرج (S. Greenberg, 1985). وقد كانت هذه المريضة تعانى من القلق والاكتئاب النفسى، إلى جانب بعض اللازمات أو الخلجات العصبية. وتذكر جرينبرج أن الخطوة الأولى تبدأ بتحويل شكوى المريضة إلى عبارات إجرائية، وذلك باستكشاف المظاهر المحددة لشكوى المريضة فى الجونب المختلفة من إطار الفحص المتعدد الجوانب. وقد تم جمع المعلومات باستخدام استخبار تاريخ الحياة، إلى جانب المقابلة المنظمة. ويساعد استخدام هذا الإطار على التحليل العميق والمنظم لمختلف جوانب المشكلة. ويلخص الجدول التالى نتائج هذه الفحص المنظم لتلك المريضة.

المجال	المشكلة
السلوك	تجنب تغيير العمل تجنب اتخاذ القرارات
الوجدان	مكتئب ويائس حول إمكانية تغيير السلوك التجنبى، قلق حول احتمال مواجهة الرفض وعدم الموافقة الخوف من الوحدة بالليل الانعزال والبعد عن الآخرين التسطح الانفعالى (أى عدم امتلاك المشاعر أو التعبير عنها) الإحساس بإيذاء المشاعر والغضب نحو الوالدين الصراع بين الرغبة فى التغيير والخوف من التغيير عدم الثقة فى الانفعالات كمصدر صادق للمعلومات
الإحساس	تشوه الإحساس بالعمق والمصحوب أحياناً بالشعور بالغثيان
المخيلة	تصور نفسها تستيقظ فترى رجلاً يقف أمامها ممسكاً بسلاح تصور أرواح أوأشباح تصور الذات بطريقة غير جذابة (أنها بدينة أو ممتلئة الجسم)

المجال	المشكلة
المعرفة	اعتقادات غير عقلانية حول أخطاء تؤدى إلى الرفض التام والحاجة إلى موافقة الآخرين، وأن القرارات غير قابلة للتغيير أفكار سلبية عن نفسها على أنها غير محبوبة، مملة، وأنه لاأحد يأخذها بصورة جدية الاعتقاد بأنها لايمكن الوثوق بها
العلاقات مع الآخرين	الافتقار إلى الجرأة مع الآخرين تعانى من الكف فى المواقف الاجتماعية التأرجح فى العلاقة بينها وبين صديقها حسد الآخرين
العقاقير أو الناحية البيولوجية	لاتوجد مشكلة

جدول رقم (٧-٢) مثال لاستخدام إطار لازاروس للفحص السلوكى

وبناءً على هذا الفحص المنظم يتم اختيار أنسب الأساليب العلاجية لكل مشكلة من مشكلات المريضة.

مناهج الفحص السلوكى :

استخدم الأخصائيون النفسيون السلوكيون العديد من مناهج أو أساليب الفحص التى تتمشى مع النظرة السلوكية ومع ماتتطلبه من الالتزام بالمنهج العلمى. وسوف نتحدث هنا بايجاز عن هذه المناهج مع إعطاء بعض الأمثلة كلما كان ذلك ممكناً.

أولاً: أسلوب الملاحظة :

يعتبر أسلوب الملاحظة أحد المناهج الأساسية فى العلوم الطبيعية بوجه عام، وفى علم النفس السلوكى بوجه خاص. وقد استخدم علماء النفس أسلوب الملاحظة لفحص السلوك فى البيئة الطبيعية التى يحدث فيها السلوك مثل الفصول الدراسية أو عنابر المستشفيات. وفى تلك الحالة يحاول الأخصائى النفسى بقدر الإمكان ملاحظة السلوك دون لفت انتباه الشخص موضوع الملاحظة. ذلك أن إحساس الشخص بأنه موضع الملاحظة قد يؤثر على سلوكه بشكل أو آخر. وللحق فإن هذه المشكلة لاتقتصر على علم النفس، بل نجد لها شبيهاً فى مشكلات القياس فى العلوم الطبيعية، حيث يطلق

عليها مشكلة تلوث القياس، أو التفاعل reactivity بين أداة القياس والمادة التى يتم قياس خواصها. إلا أن المشكلة تصبح أكبر تأثيراً فى علم النفس. ولذلك يحاول الأخصائى النفسى أن يجعل وجوده غير محسوس إلى أقصى حد ممكن من جانب الشخص موضوع الملاحظة. على أن هذه المشكلة تقل حدتها إلى حد كبير عندما نركز على مقارنة السلوك الملاحظ قبل العلاج وبعده. ففى هذه الحالة يتعادل تأثير وجود القائم بالملاحظة بين الحالتين إلى حد كبير.

على أن هناك حدود لاستخدام أسلوب الملاحظة الطبيعية. فهناك حدود أخلاقية لملاحظة بعض أشكال السلوك مثل الانحرافات السلوكية. كما أنه فى بعض الحالات يكون استخدام أسلوب الملاحظة باهظ التكاليف أو مضيعاً للكثير من الوقت. ويستخدم الأخصائى النفسى فى بعض الحالات أسلوب الملاحظة فى المختبر أو المعمل، فى ظل ظروف مضبوطة ومصطنعة وقابلة للإعادة. ومن أمثلة ذلك فحص السلوك الجنسى المنحرف بأسلوب الملاحظة المعملية. فمثلاً خلال العلاج السلوكى لشخص مصاب بالإنحراف الجنسى يتم تسجيل التغيرات الفسيولوجية التى تحدث فى عضو الذكورة، وذلك كرد فعل لمشاهدة الشخص لمجوعة من الصور المتصلة وغير المتصلة بالانحراف (أو سماعه لتسجيلات صوتية متصلة وغير متصلة) ويتم مقارنة استجابات الشخص للمثيرات الطبيعية باستجاباته للمثيرات المنحرفة، وبذلك يمكن معرفة ما إذا كان الشخص يعانى من الإنحراف ومدى حدة هذه المشكلة. وبعد إتمام العلاج يتم المقارنة بين الاستجابات قبل العلاج وبعده وذلك لقياس مدى التغير السلوكى الناتج عن العلاج.

طرق الملاحظة :

هناك أربع طرق رئيسية لملاحظة السلوك وهى: ملاحظة نواتج السلوك، وملاحظة تكرار السلوك، وملاحظة استمرار السلوك، وملاحظة الفترات. وسوف نتحدث بإيجاز عن كل منها فيما يلى.

١ – ملاحظة نواتج السلوك:

يعرف مان (1976) Mann نواتج السلوك بأنها أية آثار، أو نواتج، أو تغيرات فى البيئة كنتيجة لسلوك محدد، مما يمكن ملاحظته أو قياسه. وقد تكون هذه النواتج دائمة أو مؤقتة. ومع ذلك فعند ملاحظة هذه الآثار أو النواتج يمكننا أن نستدل بقدر كبير من الثقة أن سلوكاً معيناً حدث أو لم يحدث (من خلال: Bellack & Hersen, 1980, P. 157). ومن أمثلة نواتج السلوك ابتلال الفراش فى حالة طفل يعانى من

التبول الليلى. ونستطيع هنا أن نحدد درجة تكرار السلوك أو الظروف التى تقترن بحدوثه، الخ. ومنها أيضاً قياس مستوى تركيز الكحول فى الدم لدى أحد السكيرين، أو نسبة تركيز المخدرات فى البول أو الدم، أو التغيرات فى وزن فتاة تعانى من اضطرابات تناول الطعام أو من البدانة، أو ماقام بعمله التلميذ فى كراسة الواجبات المدرسية.

ولهذا الأسلوب فى الفحص السلوكى مزاياه العديدة. فهو لايأخذ الكثير من وقت الأخصائى حيث يتم ملاحظة الحلقة الأخيرة فى السلسلة السلوكية فقط، كما أنه منخفض التكاليف. كما يتصف أيضاً بالارتفاع الكبير فى الثبات أو درجة الاتفاق بين الملاحظين. ويلاحظ أنه فى بعض الحالات تستخدم الأجهزة أو الموازين أو الأساليب المعملية فى قياس نواتج السلوك مما يقلل بدرجة كبيرة من عنصر الذاتية فى الملاحظة. كما أنه يسهل التعبير عن الملاحظات بالأرقام، مثل عدد مرات تبلل الفراش أسبوعياً، أو مقدار الزيادة أو النقص فى الوزن، أو مستوى الكحول فى الدم. كما أن من السهل استخدام هذه الطريقة فى الملاحظة وأيضاً تدريب أفراد العائلة أو المساعدين على جمع بياناتها.

على أن هناك بعض المشكلات التى يمكن أن تتعرض لها ملاحظة نواتج السلوك. ولعل أهم هذه المشكلات مشكلة الصدق. فمن الممكن أن يكون انخفاض الوزن فى حالة الفتاة التى تعانى من الإفراط فى الطعام راجعاً إلى عدة عوامل، مثل الحد من الإفراط فى تناول الطعام، أو التقليل من تناول السوائل، أو اللجوء إلى التقيؤ المتعمد بعد تناول الطعام أو إلى تناول بعض أنواع الأدوية.

٢ - ملاحظة تكرار حدوث الاستجابة:

يتطلب ذلك مجرد القيام بحصر عدد مرات حدوث السلوك خلال فترة زمنية محددة. ويمكن بناءً على ذلك حساب معدل تكرار الاستجابة response rate وذلك باستخدام المعادلة التالية:

$$م = \frac{ك}{ز}$$

(حيث م = معدل الاستجابة، ك = تكرار الاستجابة، ز = الزمن)

ويلائم حساب تكرار الاستجابة بصورة خاصة تلك الاستجابات المحددة التى لها بداية واضحة ونهاية واضحة، وتستغرق عادة وقتاً ثابتاً نسبياً فى كل مرة يحدث فيها السلوك. أما تلك الاستجابات التى تتصف بطابع الاستمرار مثل الجلوس فى المقعد أو

الابتسام أو الحديث مع الآخرين فيصعب قياسها بأسلوب حساب التكرار. وذلك لأن مرات حدوثها ليست متساوية فيما تستغرقه من الزمن. فقد تستغرق وقتاً طويلاً أحياناً وقد تستغرق وقتاً قصيراً أحياناً أخرى.

ويمكن أن يقوم بملاحظة تكرار السلوك الأخصائى النفسى أو أحد المساعدين الفنيين الذين يعملون مع الطفل مثلاً. ويبين الشكل (٧-٣) نموذج لصفحة تسجيل بيانات التكرار التى تستعمل أحياناً مع الأشخاص الذين يعانون من إعاقات النمو (محمد فراج، سلوى الملا، ١٩٧٦). ويلاحظ أن المشكلات السلوكية قابلة للتغيير تبعاً لنوع المشكلات التى يعانى منها المريض.

صفحة تسجيل التكرارات

نوع البرنامج: ____________________ التاريخ: ____/ ____/ ______

اسم المريض: ____________________ رقم الجلسة: ______________

اسم المدرب : ____________________ طول الجلسة: ______________

نوع السلوك: ____________________

تعليمات: ضع علامة أمام اسم السلوك كلما صدر هذا السلوك عن المريض

نوع الاستجابة	التكرار
الضرب	
العض	
الدفع بالأيدى	
التبول اللاإرادى	

ملاحظات: ____

____

____

____

شكل رقم (٧-٣) مثال لصفحة التكرارات

٣- الملاحظة خلال فترات زمنية محدودة interval recording:

وتعتمد هذه الطريقة على ملاحظة السلوك لفترات زمنية قصيرة خلال الوقت الإجمالى المخصص لملاحظة السلوك. فمثلاً قد يقرر الأخصائى النفسى ملاحظة السلوك لمدة زمنية إجمالية، ولتكن ٣٠ دقيقة، مرة كل يوم. ويتم تقسيم هذه المدة الإجمالية إلى سلسلة من الفترات الزمنية القصيرة (مثلاً ١٠ أو ١٥ ثانية). ويتم ملاحظة السلوك خلال هذه الفترات الزمنية القصيرة. ويسجل الملاحظ ما إذا كان السلوك قد شوهد أم لا خلال كل فترة من هذه الفترات. ولايهم هنا ما إذا كان السلوك قد حدث خلال الفترة الزمنية أكثر من مرة أو ما إذا كان قد حدث بصورة مستمرة، فالمهم هو فقط ما إذا كان السلوك قد حدث أم لم يحدث. وقد يستخدم الأخصائى هنا بعض الوسائل المساعدة، مثل جهاز تسجيل بسماعات للأذنين، ويعطى هذا الجهاز إشارة صوتية لكى يقوم الأخصائى عندئذ بملاحظة السلوك. ويتم من خلال هذه الملاحظات حساب مدى أو درجة حدوث السلوك. كما يمكن مقارنة ذلك على مراحل مختلفة خلال العملية العلاجية.

٤- ملاحظة الإستمرار duration :

وتعتمد هذه الطريقة على قياس طول مدة استمرار حدوث السلوك موضوع الاهتمام. وتفيد هذه الطريقة فى ملاحظة السلوك الذى يتصف بطابع الاستمرار لمدة طويلة، ولكنها لاتتناسب أشكال السلوك التى تستغرق فى حدوثها فترات قصيرة جداً. وتفيد هذه الطريقة بشكل خاص فى البرامج التى تحاول العمل على زيادة أو إنقاص المدة التى يحدث فيها السلوك، ومن أمثلة ذلك استخدام هذا الأسلوب فى قياس كم من الوقت يستطيع شخص يعانى من الخوف من الأماكن المغلقة البقاء وحده وباختياره فى غرفة صغيرة مغلقة، أو كم من الوقت يستطيع طفل يعانى من الإفراط الحركى hyperactivity البقاء فى مقعده.

ويمثل الشكل (٧-٤) نموذجاً لصفحة الاستمرار (عن: م. فراج، س. الملاَ، ١٩٧٦، مع التعديل).

<table>
<tr><td colspan="2">صفحة بيانات الاستمرار

نوع البرنامج:__________ التاريـــخ: __________
اسم المريض: __________ طول مدة الجلسة: __________
نوع الاستجابة: __________
دليل الدرجات: الوقت الذى يستغرقه الطفل فى الجلوس دون قفز من المقعد</td></tr>
<tr><td>الاستجابة</td><td>الاستمرار</td></tr>
<tr><td>الجلوس بدون مقاطعة</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">ملاحظات:</td></tr>
</table>

شكل رقم (٧- ٤) نموذج لصفحة الاستمرار

ثانياً: مقاييس التقارير الذاتية self-report measures :

تختلف مقاييس التقارير الذاتية المستخدمة فى التقدير السلوكى عن الاستخبارات التى يشيع استخدامها فى قياس الشخصية. ولقد تأخر علماء النفس السلوكيون بعض الشيء فى استخدامهم للتقارير الذاتية، وذلك نظراً لما ساورهم من الشكوك حول موضوعية التقارير الذاتية وحول ثباتها وصدقها، وكذلك لما ارتبط بها من مفاهيم تتعلق بقياس السمات الشخصية الكامنة فيما وراء السلوك.

وتتميز الاستخبارات بانخفاض التكاليف، وسهولة الاستخدام، والتطبيق والتصحيح. كما أن لها الكثير من الاستخدامات، فهى تساعد فى التشخيص والتصنيف، كما يمكن استخدامها فى الوصف الكمى للسلوك، وكذلك فهى تستخدم فى أغراض تقييم نتائج العلاج النفسى، وذلك عن طريق مقارنة استجابات المريض عليها قبل بدء العلاج، وعقب انتهائه، أو عند مراحل معينة من العملية العلاجية، مثلاً كل ثلاثة شهور. وذلك لمعرفة مدى تقدم حالة المريض ومدى فعالية العلاج المستخدم.

وهناك فى الوقت الحاضر العديد من المقاييس التى تعتمد على التقارير الذاتية للمفحوصين. ولعل أشهرها وأكثرها شيوعاً هو استمارة المخاوف Fear Survey Schedule. ونعرض فيما يلى لاستمارة المخاوف التى قام بتصميمها جرير Greer.

م		إطلاقاً	قليلاً جداً	قليلاً	بعض الشئ	كثيراً	كثيراً جداً	رعب شديد
١	الأشياء الحادة							
٢	ركوب سيارة							
٣	أجساد الموتى							
٤	الاختناق							
٥	الرسوب فى الامتحان							
٦	أن تبدو كالأبله							
٧	ركوب طائرة							
٨	الديدان							
٩	الجدل مع والديك							
١٠	الفئران							
١١	الحياة بعد الموت							
١٢	الحقن تحت الجلد							
١٣	التعرض للنقد							
١٤	مقابلة شخص لأول مرة							
١٥	قباقيب التزحلق							
١٦	أن تكون وحيداً							
١٧	عمل أخطاء							
١٨	أن لايفهمك الآخرون							
١٩	الموت							
٢٠	أن تدخل فى معركة							
٢١	الأماكن المزدحمة							
٢٢	الدم							
٢٣	الأماكن المرتفعة							
٢٤	أن تكون قائداً							
٢٥	السباحة بمفردك							

م		إطلاقاً	قليلاً جداً	قليلاً	بعض الشئ	كثيراً	كثيراً جداً	رعب شديد
٢٦	المرض							
٢٧	أن تكون مع أشخاص سكرانين							
٢٨	الإصابات							
٢٩	أن تكون حساساً بنفسك							
٣٠	قيادة السيارة							
٣١	مقابلة ذوى السلطة							
٣٢	المرض العقلى							
٣٣	الأماكن المغلقة							
٣٤	ركوب مركب							
٣٥	الخفافيش							
٣٦	العواصف الرعدية							
٣٧	الفشل							
٣٨	الله							
٣٩	الثعابين							
٤٠	المقابر							
٤١	الكلام أمام جمع من الناس							
٤٢	مشاهدة عراك							
٤٣	موت شخص محبوب							
٤٤	الأماكن المظلمة							
٤٥	الكلاب الضالة							
٤٦	المياه العميقة							
٤٧	أن تكون مع شخص من الجنس الآخر							
٤٨	الحشرات التى تلدغ							
٤٩	الموت المفاجئ أو قبل الأوان							
٥٠	فقدان وظيفة							
٥١	حوادث السيارات							

شكل رقم (٧-٥) يبين استمارة المخاوف

ويلاحظ أن الاستخبارات المستخدمة فى التقدير السلوكى تختلف عن الاستخبارات المستخدمة فى القياس النفسى التقليدى من ناحية هامة هى أنها لاتستهدف الوصول إلى درجة كلية للاستخبار ككل. وذلك بالطبع لأنها لاتستهدف قياس سمات أو أعراض مرضية. بل إن الهدف منها هو الوصول إلى التحليل المفصل للسلوك من أجل التخطيط للعلاج. ولذلك فإن الاستخبارات التى تشتمل على أسئلة عامة لاتساعد كثيراً فى التقدير السلوكى. مثال ذلك السؤال: هل تشعر بالغضب فى معظم الأوقات؟ فمثل هذا السؤال لايعطى قياساً محدداً للمواقف النوعية أو المثيرات الخاصة التى ترتبط بدرجات معينة من انفعال الغضب.

ثالثاً: المقاييس السيكوفسيولوجية :

تستخدم المقاييس السيكوفسيولوجية لقياس الاستجابات الفسيولوجية للشخص، مثل سرعة النبض، وضغط الدم، ومقاومة الجلد للتوصيل الكهربائى (الجلفانومتر)، وسرعة التنفس، والتوتر العضلى. وتستخدم هذه الأساليب بوجه خاص فى العلاج بواسطة ما يسمى بالمردود الحيوى biofeedback، حيث تبين أن من الممكن تدريب الفرد على التحكم فى هذه الاستجابات.

وتتميز الاستجابات الفسيولوجية بأنها أقل عرضة للتشويه من جانب المفحوص. ويعنى ذلك أنها تتصف بقدر أكبر من الثبات والصدق، بالمقارنة بالاستخبارات اللفظية مثلاً. غير أن المقاييس الفسيولوجية أكثر تكلفة بالمقارنة بالأساليب الأخرى، كما أنها تحتاج إلى قدر أكبر من التدريب وإلى الصيانة الجيدة.

وتستخدم الأساليب السيكوفسيولوجية بصورة خاصة فى مراكز دراسة النوم، والتى تحاول الوصول إلى تشخيص اضطرابات النوم، أو تشخيص حالات العنة (ضعف الانتصاب عند الذكور). كما تستخم هذه الأساليب بصورة خاصة أيضاً فى تشخيص وعلاج بعض الأمراض السيكوسوماتية.

ويحتاج المفحوصون الذين تطبق عليهم هذه الأساليب إلى التعود على هذه الأساليب عند استخدامها. فالأسلاك والتوصيلات الكهربية تشكل موقفاً غريباً وغير مألوف يحتاج إلى بعض الوقت للتعود عليه حتى يمكن الوصول إلى قياس الاستجابات الطبيعية للفرد، وليس مجرد قياس ردود أفعالهم لتلك الأجهزة.

وينبغى الإلتفات إلى أن هناك فروقاً فردية فى نوع الاستجابات الفسيولوجية لدى الأفراد المختلفين. فبعض الناس يستجيبون للمواقف المثيرة للخوف بزيادة النبض، بينما يستجيب البعض الآخر لنفس المثيرات بارتفاع الضغط، أو افراز العرق. ولهذا يجب علينا أن نتنبه إلى هذه الفروق الفردية فى أنماط الاستجابة الفسيولوجية، وأن

نأخذها فى الاعتبار عند القياس. كما أنه من المستحسن قياس عدة جوانب للاستجابة الفسيولوجية وعدم الاقتصار على نوع واحد منها.

التقدير السلوكى والاعتبارات السيكومترية :

نقصد هنا بالاعتبارات السيكومترية تلك المتطلبات المنهجية التى يشترط توفرها فى الاختبار النفسى الجيد، مثل الثبات، والصدق، والمعايير. فهل هذه المتطلبات لازمة بالنسبة لأدوات وأساليب التقدير السلوكى كما هو الحال بالنسبة للاختبارات النفسية التقليدية؟ والجواب ليس بالبساطة التى قد يبدو بها لأول وهلة. بل إن بعض المختصين يرى أن تلك الاعتبارات لاتلائم التقدير السلوكى. ويرجع ذلك كما يقول كل من روزمارى نلسون وهايز إلى اختلاف مستوى التحليل. فالبحث السيكومترى "ينبنى ... على أساس تحليل المعلومات الجمعية، أما التقدير السلوكى فيقوم على التحليل المكثف للفرد" (R. Nelson & S. Hayes, 1986).

وقد اتجه بعض أنصار التقدير السلوكى إلى الأخذ بنظرية كرونباك Cronbach فى القابلية للتعميم. وتبعاً لهذه النظرية فإن الأشكال المختلفة للثبات والصدق ما هى إلاً عبارة عن طرق مختلفة يمكن بناءً عليها تعميم نتائج القياس. فالثبات يعنى إمكانية التعميم من إحدى صور المقياس إلى صورةأخرى مكافئة، أو من مجموعة من البنود إلى مجموعة أخرى، أو من أحد المصححين إلى مصحح آخر. كما يمكن تعميم نتائج الملاحظات السلوكية عبر المواقف المختلفة. إلا أن هذه النظرية تعرضت للنقد من جانب البعض الآخر من أنصار التقدير السلوكى (أنظر على سبيل المثال كون J. D. Cone, 1985).

ويقدم كون وجهة نظر بديلة حيث يبدأ من نقطة أساسية هى تعريف السلوك الذى قدمه جونستون وبنيباكر Johnston & Pennypacker والذى يعرف السلوك بأنه " ذلك القدر من تفاعل الكائن مع البيئة، والذى يتميز بالحركة التى يمكن ملاحظتها فى المكان خلال الزمن، لجزء من الكائن الحى، وينجم عنه تغير يمكن قياسه فى مجال واحد على الأقل من البيئة" (ibid, P. 53). وبناء على هذا التعريف يمكن النظر إلى السلوك على أن له الكثير من خصائص المادة فى حالة الحركة، كما يمكن تطبيق نفس مبادئ قياس المادة على قياس السلوك. وبذلك يمكننا قياس أبعاد السلوك المختلفة مثل: التكرار، والكمون، والديمومة، والشدة أو القوة، باستخدام نفس وحدات القياس المطلقة والثابتة والتى استخدمت فى قياس أشكال السلوك الأخرى.

وما نقيسه فى هذه الحالة هو مظاهر السلوك التى يمكن التحقق منها بطريقة مستقلة. فنحاول أن نعرف:

١- ما إذا كان السلوك قد حدث.
٢- وما إذا كان يحدث بصورة متكررة.
٣- وما إذا كان يحدث فى أكثر من موقف.
٤- وما إذا كان يحدث بأكثر من طريقة واحدة. وكذلك أيضاً.
٥- ما إذا كان حدوث سلوك معين يرتبط بحدوث أشكال أخرى من السلوك.

ويرى كون أن أهم خاصية لأدوات القياس السلوكى هى الدقة accuracy مثلها فى ذلك مثل أدوات القياس الأخرى فى العلوم الطبيعية. والدقة ليست مطابقة للثبات. فالدقة تصف مدى الثقة فى تمثيل المقياس للملامح الطبوغرافية للسلوك موضع الاهتمام، أما الثبات فيعنى الاتساق بين الملاحظات المتكررة لنفس الظاهرة. والمقياس الدقيق ثابت بالضرورة، ولكن العكس ليس صحيحاً دائماً. فالمقياس قد يكون ثابتاً دون ان يكون دقيقاً. فالملاحظات المتكررة للسلوك قد تؤدى إلى معلومات غير دقيقة بصورة متسقة. كذلك لاتوجد علاقة واضحة بين الدقة والصدق. فالمقياس الدقيق قد يكون أو لايكون صادقاً، كما أنه قد يكون صادقاً وليس دقيقاً.

وينتقد سيلفا (Silva, 1993) هذا الإتجاه الداعى إلى رفض المتطلبات السيكومترية، والذى يأخذ به بعض أنصار التقدير السلوكى، ويرى على العكس من ذلك أن التقدير السلوكى هو جزء من كل وهذا الكل هو القياس النفسى. ويرى سيلفا أيضاً أن مفهوم الصدق العلاجى treatment validity أو مايطلق عليه الجدوى العلاجية treatment utility ذو أهمية كبيرة فى المجال الإكلينيكى. وهو يعنى بالجدوى العلاجية درجة إسهام التقدير أو الفحص فى تحسين نتائج العلاج. وهذا المفهوم يندرج بدوره تحت المفهوم السيكومترى للجدوى. وبوجه عام يرى سيلفا أنه لاتعارض بين التقدير السلوكى والقياس النفسى.

ويوجز سيلفا وجهة نظره التى أفرد لها كتاباً بعنوان " الأسس السيكومترية والتقدير السلوكى" (المرجع السابق)، فى النقاط التالية:

١- كل من وجهة النظر العامة والفردية ضروريتان فى كل من التقدير السلوكى والقياس النفسى.
٢- يحتاج التقدير السلوكى مثله مثل القياس النفسى التقليدى إلى "الإشارة إلى المحكات" و"الإشارة إلى المعايير"
٣- ومع تحرر مفهوم الثبات من الافتراضات المتعلقة بالإتساق والاستقرار السلوكى والتى ارتبطت بالمفهوم التقليدى للثبات، فإن هذا المفهوم لايصبح فقط قابلا للتطبيق على التقدير السلوكى بل يصبح أيضاً ضرورياً لنموه وتطوره.

٤- لا يمكن للتقدير السلوكى أن يتخلص من صدق التعلق بالمحك، خاصة فيما يتصل بالتنبؤ بنتائج العلاج.
٥- لا يمكن للتقدير السلوسكى أن يغفل المفاهيم السيكولوجية ويطالب بمحاولة الأخذ بصدق المضمون لأنه يردنا مرة أخرى إلى المفاهيم السيكولوجية. ومشكلات صدق المضمون هى فى الحقيقة مشكلات فى صدق المفهوم.
٦- إن صدق المفهوم موجود فى صلب التقدير السلوكى، لأنه يعبر عما يسمى بالتحليل الوظيفى للسلوك. وهى عبارة عن عملية بناء للمفاهيم، وللفروض واختبار الفروض المفسرة لأشكال السلوك المحددة.
٧- وبقدر اعتبار أن صدق المفهوم هو نفسه مفهوم الصدق السيكومترى، أو بعبارة أدق عملية التحقق من صدق عميات الفحص والتقدير، فإن مفهوم الصدق يوحد المنظورات الارتباطية والتجريبية فى الفحص النفسى. فكل أشكال الفحص والقياس تتكون فى جوهرها من عملية تطوير واختبار المفاهيم حول سلوك الفرد. وتشكل المنظورات التجريبية والارتباطية وجهات مختلفة لكنها تكمل إحداها الأخرى بالنسبة لهذه المهمة.
٨- فى كل دراسات الصدق العلاجى (الذى تكلم عنه أنصار التقدير السلوكى)، أو الجدوى العلاجية، نجد أن المفهوم السيكومترى للجدوى موجود أيضاً فى التقدير السلوكى، مما يحدد مسارات جديدة للبحث فى المستقبل.

وينتهى سيلفا إلى معارضة ما يسميه بالحركة الإنفصالية للتقدير السلوكى لما يمكن أن تجلبه من الضرر على كل من القياس النفسى والتقدير السلوكى ذاته.

٨

الفصل الثامن

رسم الخطة العلاجية

الفصل الثامن
رسم الخطة العلاجية

يعتبر رسم الخطة العلاجية ومتابعتها أحد الأركان الأساسية فى العلاج النفسى المعاصر. وقد بلغ الاهتمام بالتخطيط العلاجى حداً جعل رابطة الطب النفسى الأمريكية. A.P.A تفرد لـه كتاباً بعنوان "أسس تخطيط العلاج النفسى" (J. A. Kennedy,1992). ذلك أن الخطة العلاجية تقدم صورة واضحة عن المشكلات التى يحاول المعالج النفسى (والمريض) التغلب عليها، كما تصف بالتفصيل أهداف العلاج والأساليب العلاجية المستخدمة. ويحتاج المعالج إلى الرجوع إلى الخطة العلاجية باستمرار، إلى أن تتحقق الأهداف العلاجية المنشودة. فبعد استكمال الفحص النفسى وجمع المعلومات اللازمة للوصول إلى فهم سليم لمشكلات المريض يقوم الأخصائى النفسى بوضع الخطة العلاجية التى يتم اتباعها لتمكين المريض من التغلب على المشكلات وتحقيق الأهداف المطلوبة. وتشتمل الخطة العلاجية على تلخيص للمشكلات التى يعانى منها المريض، وعلى الأهداف المنشودة من العلاج، والخطوات (أو الأهداف المرحلية) التى تؤدى إلى تحقيق تلك الاهداف. كما تشتمل الخطة العلاجية على شرح الإجراءات أو الأساليب التى سيتم اتباعها فى علاج المشكلة، وعلى تحديد من الذى سيقوم بالعلاج، أو بالتعامل مع كل مشكلة، كما تحدد الخطة الإطار الزمنى الذى يتوقع استكمال علاج كل مشكلة خلاله. ويتم إشراك المريض فى اختيار أهداف العلاج وإعداد الخطة العلاجية، ومناقشة الخطة معه. كما يقوم المريض بالتوقيع عليها، وبعد ذلك يتم مناقشة الخطة العلاجية أثناء اجتماع الفريق العلاجى ويوقع عليها المعالج النفسى، والطبيب النفسى.

وتمكننا الخطة العلاجية من المتابعة المنظمة للعلاج؛ وتمكننا أيضاً من التسجيل المنظم للجلسات العلاجية، كما تمكننا من تقييم العلاج حسب جدول منظم للمتابعة يسمح بالتقدير المنظم لتقدم العلاج، ويمكننا من تغيير الخطة العلاجية إذا لزم الأمر.

وعند القيام بوضع الخطة العلاجية نبدأ ببلورة المشكلات التى يعانى منها المريض. وهنا قد يتعجل البعض ويضع التشخيص على اعتبار أنه المشكلة. ولكن علينا هنا أن ندع التشخيص السيكياترى جانباً، ونركز بدلاً عن ذلك على مستوى الأداء السلوكى للفرد، أى أننا نركز على المظاهر السلوكية بدلاً عن التشخيص.

KENNEDY, (1992). ففى العلاج النفسى يعمل المعالج على مساعدة المريض على تحقيق تغييرات سلوكية محددة. ويجدر بالذكر هنا أننا كثيراً ما نكون أمام مريضين يحملان نفس التشخيص، ولكنهما يختلفان اختلافاً بيناً فى المظاهر السلوكية للمشكلة. فمثلاً قد يكون لدينا مريضان يحمل كل منهما تشخيص الفصام، لكن أحدهما يعانى من الهلاوس السمعية بالإضافة إلى الافتقار إلى المهارات السلوكية؛ بينما يعانى الآخر من الهذاءات أو الضلالات الفكرية بجانب السلوك العدوانى. ولذلك فإن التشخيص فى حد ذاته لا يكفى لرسم الخطة العلاجية، بل علينا أن نصل إلى بلورة محددة لمشكلات المريض.

التركيز على علاج المشكلات :

يساعد هذا الأسلوب الذى طوره كل من هايز-روث، ولونجبو، ورايباك، خلال السبعينات Hayes-Ruth, Longabaugh, and Ryback على تنظيم المعلومات، وتنظيم تفكير الأخصائى، كما أن هذا الأسلوب يجبر الأخصائى على أن يدرس بعناية وأن يسجل كل الخطوات اللازمة لتقديم الرعاية الجيدة للمريض (من خلال: J. P. Choca,1988). ويقتضي هذا الأسلوب إنجاز الخطوات الآتية الواحدة منها بعد الأخرى:

أ - إعداد قائمة بالمشكلات.

ب- تحديد أهداف العلاج.

جـ- إعداد الخطة العلاجية.

د- تحديد مسار العلاج وإطاره الزمنى.

هـ- التفاوض مع المريض حول الخطة العلاجية بحيث يتم الوصول إلى اتفاق أو تعاقد علاجى، يوافق كل المشاركين فيه على خطة العمل.

تحديد المشكلات :

قدم علماء النفس عدداً من التصنيفات للمشكلات الشائعة. ونقدم فيما يلى عرضاً لأكثر المشكلات شيوعاً بين المرضى النفسيين مع تصنيفها حسب الوظائف الرئيسية (المرجع السابق) :

١ - المشكلات المتعلقة بالوظائف الجسمية:

السرعة النفسية-الحركية، الإفراط فى الكلام، وتناقص الحاجة للنوم

البطء النفسى-الحركى، وفقدان الطاقة الجسمية

فقدان الشهية
الإفراط فى الأكل
الأرق
الإفراط فى النوم
متاعب المعدة والجهاز الهضمى، قرحة الجهاز الهضمى، الصداع، الربو، نوبات الدوار، أو غيرها من المتاعب الجسمية
المرض أو الإعاقات الجسمية
التسمم الكحولى أو بالمخدرات

٢- المشكلات المتعلقة بالوظائف العقلية:

الضعف العقلى
ضعف الذاكرة
الضعف اللغوى
عدم القدرة على التركيز
قصر مدى الانتباه
الخلط confusion، التفكك أو عدم التماسك incoherence، عدم معرفة الاتجاه (أو التوهان عن المكان أو الزمان. الخ).
فقدان القدرة على إدراك الانفعالات أو التعبير عنها
عدم القدرة على اتخاذ القرارات
انفراط التسلسل الفكرى tangentiality، والإطناب المفرط circumstantiality، وتطاير الأفكار flight of ideas، وعدم التعلق بالموضوع.
الاستغراق فى التفكير، والوساوس

٣- المشكلات المتعلقة بالوظائف الإنفعالية:

الاستجابات الانفعالية غير الملائمة
تقلب الحالة المزاجية، سرعة الغضب irritability، وسرعة الانفعال
الحزن، الشعور بالإثم، الشعور بالتفاهة، والشعور باليأس
المشاعر الانتحارية
الزهو elation، الثقة المفرطة، والشعور بالقدرة على كل شىء
فقدان الثقة بالنفس، والشعور بالنقص
غرابة الأطوار، والسماجة awkwardness

بهدلة الثياب، وقذارة الجسم
الاندفاع
السلوك غير المسئول
الحاجة المفرطة للانتباه
عدم اللباقة
المخاوف، الفوبيا، القلق، التوتر، التهيج، الضجر restlessness
فقدان الشعور بالإنية depersonalization، مشاعر اللاواقعية unreality التوهم
التصلب، البرود، الانعزال
تقلص المشاعر
الإنكار، عدم القدرة على قبول أحد مظاهر الواقع
الهذاءات
الهلاوس

٤ – المشكلات المتعلقة بالوظائف الاجتماعية:

عدم وجود أصدقاء، الوحدة، الانعزال
الخجل، عدم الارتياح فى التعامل مع الآخرين، الخوف من الرفض أو عدم القبول
الاعتماد الزائد، الخضوع الزائد
كثرة الجدل، والمقاطعة فى الكلام
العدوانية
الشعور بالرغبة فى تهديد حياة الآخرين
السلوك المعادى للمجتمع، والميل لاستغلال الآخرين
عدم وجود علاقة بشخص آخر ذو أهمية للشخص
التعاظم، والتعجرف
عدم الثقة، التشكك، والمشاعر الاضطهادية
الميل للتحكم فى الآخرين والتسلط عليهم

٥ – المشكلات الأسرية:

السخط أو الغضب على سلوك أفراد الأسرة الآخرين
كثرة الجدل مع أفراد الأسرة
النزاع على السلطة، وجود صراعات فى الأسرة

سلوك غير مسئول من جانب أحد أفراد الأسرة
رفض الأسرة لأحد أفرادها، اتخاذ أحد أفراد الأسرة كبش فداء
التدخل من قبل الأقارب
عدم المشاركة فى القرارات الأسرية، نظام أسرى قاصر الكفاءة، قصور التربية الوالدية
عدم استقرار العلاقات الأسرية، ضعف العلاقات الأسرية
صعوبة إعداد الأولاد لمعترك الحياة، عدم قدرة الأولاد على تحقيق الاستقلال عن الأسرة

٦- المشكلات الجنسية:

الجنسية المثلية
الرغبة فى التحول للجنس الآخر، عدم الارتياح للأدوار المناسبة لجنس الشخص
الكف الجنسى الزائد
العجز عن الوصول للإثارة الجنسية
الانحلال
الضعف الجنسى، البرود الجنسى، الاشمئزاز من التفكير الجنسى
الشكوى من الألم أثناء الاتصال الجنسى
عدم القدرة على أن يجد الشخص شريكاً للحياة
مشاعر الرفض من قبل الطرف الآخر
الانجذاب نحو المحارم أو نحو موضوعات شاذة
قصور المعلومات الجنسية، قصور السلوك الجنسى
عدم الكفاءة الجنسية
وجود مشكلات أخلاقية أو قانونية ناجمة عن السلوك الجنسى للفرد

٧- المشكلات المهنية:

عدم وضوح الأهداف المهنية
عدم وجود عمل، قصور التعليم
عدم الرضاء عن المهنة أو المدرسة

ومن ناحية أخرى يقدم كنيدى Kennedy تصنيفاً جيداً للمشكلات التى تتناولها الخطة العلاجية. ويعتمد هذا التصنيف على المقاييس الفرعية للمحور الخامس AXIS-V من الدليل التصنيفى والتشخيصى–المراجعة الثالثة DSM-3-R. ويتميز هذا التصنيف

على التصنيف السابق الذكر بأنه يركز على المظاهر السلوكية أكثر مما يركز على الأعراض أو الزملات التشخيصية والمرضية. ويفضل كينيدى هذا التصنيف للأسباب الآتية:

١- هذه الفئات ليست مجرد مجالات نظرية، بل هى مجالات معروفة للمتخصصين، كما أن لها قدراً كبيراً من الدلالة الإكلينيكية البديهية. ونظراً لطبيعتها العامة، فمن السهل استخدامها عبر التخصصات المختلفة، ويكفى القليل من التدريب لفهم هذه الفئات.

٢- يمكن السير خطوة خطوة عبر هذه الفئات من التعرف المنظم على مشكلات المريض. وباستكمال هذه الخطوات المنظمة يقل احتمال إغفال بعض المجالات الإكلينيكية الهامة.

٣- يتجمع الكثير من الأعراض والمظاهر السلوكية فى زملات syndromes نجدها ضمن هذه الفئات. وبذلك يمكننا أن نوجه العلاج نحو الزملة داخل فئة المشكلات، بدلاً عن توجيهها نحو مشكلات فردية عديدة.

٤- يمكن توجيه التدريب نحو الفئات كلاً على حدة أو نحو الفئات كنظام يتسم بالتفاعلات الداخلية.

وأخيراً يمكن استخدام المقاييس الفرعية للمحور الخامس AXIS-V لقياس كلاً من مستوى الأداء الأساسى أو القاعدى (أى قبل بدء العلاج) baseline functioning، ومستوى نتائج العلاج outcome.

ويذكر كينيدى أنه إذا تعذر وضع إحدى الزملات المرضية داخل إحدى فئات المشكلات فمن الممكن تقسيم الزملة بين عدد من الفئات المناسبة. فمثلاً ينبغى إخراج السلوك الإنتحارى من زملة الأعراض الإكتئابية ووضعه ضمن مقياس المحور الخامس المسمى بالخطورة. كذلك يجب استبعاد ضعف الدافعية من مشكلة "الافتقار للمهارات السلوكية" ووضعه ضمن مشكلة الخلل السيكولوجى.

ويصنف كنيدى المشكلات إلى الفئات الآتية:

١- الخلل السيكولوجى psychological impairment

أ - الأعراض الذهانية.

ب- الاضطرابات الوجدانية.

ج- ضعف تركيز الانتباه.

د- انخفاض الدوافع.

هـ- اضطراب الشخصية.
و- اضطراب تناول الطعام.

٢- المهارات الاجتماعية social skills

أ - قلة المهارات فى مجال العلاقات الاجتماعية.
ب- عدم الوعي بالمعايير الاجتماعية.
جـ- قصور مهارات التواصل الاجتماعى.
د- سلوك جنسى غير مناسب.

٣- الخطورة dangerousness

أ - سلوك مهدد أوعدوانى.
ب- سلوك يهدد حياة الآخرين.
جـ- سلوك انتحارى.
د- إشعال الحرائق.

٤- المهارات التعليمية والمهنية

أ - ضعف المهارات المهنية.
ب- ضعف القدرة على العمل.
جـ- قصور مهارات العناية بالنظافة الشخصية.
د- قصور مهارات العناية بالنفس (عموماً).
هـ- قصور المهارات المتصلة بالمحافظة على البقاء.

٥- مشكلات الإدمان

أ - تعاطى الخمور.
ب- تعاطى المخدرات.
جـ- تعاطى الكوكائين.
د- إدمان التدخين.

٦- المشكلات الطبية

أ - ارتفاع ضغط الدم.
ب- مرض السكر.

جـ- اختلال السلوك الحركى tardive dyskinesia.
د- الصرع.
هـ- الحساسية للبنسلين.
و- تنظيم الأسرة.
ز- مشكلات الأسنان.

٧- مشكلات أخرى متنوعة

أ - مشكلات الإسكان.
ب- المشكلات القانونية.
جـ- المشكلات المالية.

وصف المشكلات فى الخطة العلاجية :

يجب أن يكون وصف المشكلات وصفاً واضحاً محدداً وباستخدام لغة سلوكية تيسر توصيل المعلومات بصورة واضحة. فمثلاً إذا كنا بصدد الحديث عن مشكلة مثل الاكتئاب النفسى، فلابد وأن نصف المشكلة من ناحية المظاهر الدالة على الاكتئاب عند شخص بعينه. ذلك لأن الاكتئاب قد يأخذ صوراً مختلفة عند الأشخاص المختلفين. فمثلاً قد يكون الاكتئاب فى صورة حزن وبكاء وأفكار انتحارية عند أحد الأشخاص بينما يكون فى صورة حزن وفقدان للشهية وتقطع النوم وضعف الدافعية عند شخص آخر. ولذلك لا يكفي أن نسمى المشكلة بأنها "اكتئاب نفسى" فقط. فهذا الوصف غير كاف ولا يساعد على تحديد عناصر المشكلة التى يجب أن يركز عليها العلاج. وعلى سبيل المثال يمكن وصف مشكلة مريض الاكتئاب بأنها: "اكتئاب نفسى كما يتضح فى الحزن والبكاء وفقدان الدافع للقيام بالمهام المنزلية الأساسية ومشاعر اليأس والقنوط".

ومن ناحية أخرى يجب أن تكون قائمة المشكلات شاملة ومركزة فى نفس الوقت. بمعنى أنه يتوجب على الأخصائى النفسى أن لا يغفل إحدى المشكلات الصحية أو القانونية أو المهنية أو غيرها ظناً منه أنها غير ذات أهمية، أو على افتراض أن أفراد الفريق العلاجى الأخرين سوف يجدونها بين الأوراق. ومن الأمثلة التى يذكرها المؤلف حالة رجل كان يتلقى العلاج بالعيادة الخارجية، واشتمل ذلك على العلاج بالأدوية بجانب العلاج النفسى. وعندما استدعى الأمر، فى وقت لاحق، دخول المريض للمستشفى اكتشف الطبيب (الذى تصادف كونه يعمل بالمستشفى أيضاً) أن هذا المريض لديه مشكلة بالقلب وأنه سبق أن أجريت له جراحة القلب المفتوح. وتبين للطبيب عندئذ أن جرعات الأدوية التى كان يعطيها للمريض بالعيادة الخارجية أكثر

مما يجب بالنسبة لحالته الصحية وكان من المحتمل أن تشكل خطورة على حياته. ولو أن الخطة العلاجية قد اشتملت على المشكلات الأساسية للمريض وتم مناقشتها مع الطبيب النفسى لأمكن تفادى تعريض حياة المريض للخطر.

أهداف العلاج :

الخطوة التالية بعد تحديد المشكلات هى صياغة أهداف العلاج. ويمكن تعريف الأهداف بأنها التصرفات أو أشكال السلوك المنشودة من العلاج. وتساعد الأهداف على توجيه دفة الخطة العلاجية، وصياغة وتحديد الخطوات المؤدية إلى الوصول إلى الأهداف. وتصف أهداف العلاج التغيرات السلوكية المنشودة أو النتائج المتوقعة بعد استكمال العلاج، والتى يؤدى الوصول إليها إلى حل المشكلات. ومن البديهى أن الهدف يتحتم أن يكون متسقاً مع المشكلة. كما أننا نقوم بصياغة هدف واحد لكل مشكلة من المشكلات التى تم الوصول إلى تحديدها فى الخطة العلاجية. وعلى الأخصائى أن يشرك المريض أو الأسرة فى صياغة الأهداف. كما ينبغى أن نركز على جوانب القوة عند المريض والتى تساعد على تحقيق الأهداف. ومن الأمثلة على جوانب القوة مستوى الذكاء أو التعليم أو العلاقات الاجتماعية، الخ. ويجب أن يتركز الجهد على بناء السلوك الإيجابي أو التكيفى الذى يحل عندئذ محل السلوك السلبى أو اللاتكيفى.

ويجب أن يتوفر فى الأهداف الشروط التالية:

١- أن تكون ممكنة التحقيق واقعياً بالنسبة للمريض وأن لا تكون مجرد أهداف مثالية بعيدة عن الواقع الملموس والمتعلق بالمريض وبحالته المرضية.

٢- أن تكون ملائمة أو مناسبة بمعنى أنها تتعلق بإزالة المشكلة أو التخفيف من حدتها.

٣- أن تكون متمركزة حول المريض بحيث تصف ما يتوقع من المريض القيام به.

٤- أن تكون سهلة الفهم بحيث يعرف المريض أشكال السلوك أو التصرفات المتوقعة منه عند الوصول للأهداف.

ويلاحظ أن الأهداف العلاجية تختلف من فرد لآخر رغم تشابه التشخيص السيكياترى. فالأخصائى النفسى يرسم خطة متفردة individualized وتتمركز حول الشخص نفسه.

وسوف نعرض فيما يلى لبعض الأمثلة لأهداف العلاج مع المشكلات المتعلقة بها:

المشكلة	الهدف
الأرق وعدم النوم	القدرة على النوم جيداً بالليل
الاكتئاب النفسى كما يستدل عليه من الحزن والبكاء وفقدان الطاقة	زوال الأعراض الإكتئابية وتحسن المزاج
سماع أصوات تأمره بالاعتداء على الآخرين	تحرر المريض من الأصوات وما يتصل بها من سلوك غير ملائم

الخطوات الموصلة للهدف :

بعد صياغة أهداف العلاج يقوم الأخصائى بالاشتراك مع بقية أعضاء الفريق العلاجى بتحديد الخطوات التى تمكن من تحقيق أهداف العلاج. ويلاحظ أن بعض المتخصصين يفضلون الحديث عن الأهداف البعيدة والأهداف القريبة. ولكننا نفضل بدلاً عن ذلك التمييز بين أهداف العلاج، والخطوات الموصلة للأهداف. وتسمى بالإنجليزية باسم objectives. وبالطبع فإن الأهداف أبعد مدى. أما الخطوات فهى تركز على ما يتعين على المريض القيام به للوصول إلى الأهداف. وبينما نتطلب من الأهداف أن تتصف بالوضوح والتحديد، فإن الخطوات الموصلة للأهداف يتعين أن تركز على السلوك القابل للملاحظة والقياس. بمعنى أن يكون بوسعنا أن نحكم بوجود أو عدم وجود السلوك، وبزيادته أو نقصانه. كذلك يجب أن تتصف الخطوات بأنها محددة ونوعية، وبأنها تحدد السلوك المطلوب من المريض القيام به، أى السلوك الصحيح الموصل للهدف. وبذلك يمكن القول بأن الخطوات تركز على بناء السلوك التكيفى الذى يتوقع له أن يحل محل السلوك غير التكيفى.

العناصر الأساسية فى الخطوات العلاجية:

١- **القائم بالخطوة الموصلة للهدف:** يكون دائما الشخص المريض نفسه أو العائلة.
٢- **السلوك:** ويكون دائما سلوكاً قابلاً للملاحظة.
٣- **الظروف:** وهى المواقف أو الظروف التى سيقوم الشخص أو الأسرة بالسلوك فى ظلها. فهل سيقوم الشخص بالسلوك وحده أم بمساعدة المعالج، أو هل سيعبر الشخص عن مشاعره فى جلسة العلاج أم خارج جلسة العلاج.
٤- **الدرجة:** وهى المعايير أو المحكات التى ستستخدم فى تقييم إنجاز الخطوة. وقد يكون المعيار كمياً، كأن نعد مثلاً عدد مرات صدور السلوك عن الشخص خلال فترة زمنية معينة، وقد يكون المعيار كيفياً، مثلاً إلى أى حد تتفق مشاعر الشخص مع تعبيراته اللفظية أو أقواله.

أمثلة للخطوات العلاجية:

المشكلة: الاكتئاب النفسى كما يتضح فى البكاء، والحزن، وفقدان الطاقة والدافعية..

الهدف: تحسن الحالة المزاجية وازدياد الطاقة والنشاط.

الخطوات:

١- سوف يقوم المريض بإعداد قائمة بالأشياء التى يريد انجازها والقيام بعمل تلك الأشياء، مع استخدام الحوافز النفسية المناسبة.

٢- سوف يقوم المريض بمناقشة مشاعره وأفكاره خلال جلسات العلاج، ويعمل على استبدالها بأفكار أكثر عقلانية.

٣- سوف يقوم المريض بمراجعة الطبيب النفسى وتناول الأدوية بانتظام.

مثال آخر:

المشكلة: سلوك انعزالي /انسحابى

الهدف: أن يتفاعل المريض مع الآخرين بمبادأة منه.

الخطوات:

١- سوف يقوم المريض ببدء المحادثة مع أقرانه (عدداً معيناً) من المرات خلال ساعة واحدة من النشاط.

٢- سوف يقوم المريض بالعمل بالتعاون مع أقرانه ومع العاملين بالعيادة (عدداً معيناً) من المرات خلال ساعة واحدة من النشاط.

مثال آخر:

المشكلة: عدم القدرة على العناية بالنفس (مثلاً: لايأكل أو لايلبس أو ينام، إلى غيرذلك من نواحى القصور السلوكى)

الهدف: أن يقوم المريض بالروتين السلوكى المعتاد (مثل القيام بتناول الطعام أو النوم أو العناية بالنظافة الشخصية).

الخطوات:

١- سوف يأخذ المريض حمام أو دش ... مرات، على الأقل أسبوعياً، ولمدة أسبوعين.

٢- سوف يأكل المريض ٨٠% من وجبات الطعام يومياً لمدة .... أسابيع.
٣- سوف يحافظ المريض على نظافته يومياً لمدة ..... أسابيع.
٤- سوف ينام المريض ست ساعات على الأقل كل ليلة بدون أدوية منومة لمدة ...... أيام.

الإجراءات العلاجية:

وهنا يصف الأخصائى الإجراءات العلاجية التى سيتم استخدامها فى علاج المشكلة.

أمثلة:

- العلاج الفردى السلوكى المعرفى، فى جلسات أسبوعية
- العلاج بالأدوية ذات الأثر النفسى، حسب وصف الطبيب النفسى
- استخدام أساليب التدعيم المنظم للسلوك المرغوب، حسب جدول تدعيم مستمر فى البداية، ثم حسب جدول تدعيم متقطع فيما بعد.

محكات إتمام الخطة العلاجية:

ونسجل هنا وصفاً محدداً للمستوى السلوكى الذى يجب أن يصل إليه المريض لكى نقول إنه قد حقق هذا الهدف أو هذه الخطوة العلاجية بالذات.

مثال:

- أن يذكر المريض أنه أصبح يستطيع النوم بصورة جيدة ليلاً لمدة أسبوعين على الأقل وبشكل مستمر
- أن تذكر الأسرة والمدرسة أن حركة الطفل أصبحت فى المدى السوى وأن مستوى انتباهه قد أصبح جيداً.
- أن يذكر المريض أنه لم يعد يسمع الأصوات، أو أنه لم يعد يعتقد أن المافيا أو الكائنات الفضائية تتبع خطواته أو تريد إيذاءه.

طول الفترة اللازمة لإتمام العلاج:

ونذكر هنا توقعاتنا بالنسبة لطول الفترة التى يحتاجها المريض لتحقيق الأهداف المنشودة وإتمام العلاج. فقد تكون هذه الفترة ستة شهور أو سنة أو أقل أو أكثر تبعاً لطبيعة المشكلة التى يعانى منها المريض.

وصف مشاركة المريض فى صياغة الخطة العلاجية:

تعتبر مشاركة المريض أو الأسرة فى صياغة الخطة العلاجية أمراً بالغ الأهمية. ويمكن أن تأخذ هذه المشاركة عدة صور. فقد يشارك المريض فى توضيح وبلورة المشكلات، والأهداف والخطوات العلاجية. وذلك بناءً على إحساسه هو نفسه بما يعانيه من مشكلات وما يود تحقيقه من أهداف. وقد يقوم المعالج النفسى بتوضيح الأهداف المنشودة ويحصل على موافقة المريض عليها. ومن الممكن أن يرفض المريض لسبب أو لآخر الموافقة على الخطة العلاجية. وفى جميع الأحوال يتعين على المعالج أن يسجل فى الخطة العلاجية وصفاً واضحاً لمشاركة المريض أو لموقفه من الخطة العلاجية.

تسجيل ملاحظات تقدم الحالة :

يقوم الأخصائى بكتابة تقرير مختصر عقب كل اتصال أو خدمة يقدمها للمريض. وكتابة هذه التقارير أمر بالغ الأهمية. فهى تمكن الأخصائى وغيره من المسئولين أن يتابع تقدم المريض واستجابته للعلاج. كذلك فإن هذا السجل هو المستند الأساسى الذى يمكن الرجوع إليه إن حدثت مشكلة قانونية تتعلق بالمريض. كما يمكن الرجوع إلى هذه الملاحظات لأغراض البحث العلمى. وهناك عدد من المتطلبات التى يلزم توفرها فى الملاحظات لكى تستوفى شروط الجودة. ونذكر فيما يلى أهم العناصر أو الشروط التى يجب توفرها فى كتابة ملاحظات تقدم الحالة.

١- تاريخ الجلسة ووقت بدايتها ونهايتها.
٢- نوع الخدمة التى تم تقديمها للمريض، مثلاً هل هى جلسة علاج فردية أو عائلية أو جمعية مع ذكر الحاضرين.
٣- الحالة الحاضرة للمريض والأعراض التى ظهرت على المريض أثناء الجلسة أو تلك التى ذكرها خلال الجلسة.
٤- محور الجلسة: الموضوعات أو المشكلات التى تمت تناولها أو مناقشتها أثناء الجلسة.
٥- محاولات التدخل العلاجى أو التوصيات التى تم اتخاذها.
٦- تقدم المريض نحو الأهداف أو الخطوات التى حددتها الخطة العلاجية.

ويجب كتابة الملاحظات العلاجية فوراً وذلك حتى لا ينسى الأخصائى ما تم خلال الجلسة، ولتفادى حدوث تشويه للمعلومات. ويلاحظ أن القاعدة الملزمة فى الولايات المتحدة هى أن يتم تسجيل الجلسة خلال فترة لا تزيد عن ٢٤ ساعة. ويسمح ذلك بتسجيل الجلسات التى قد تتم خارج العيادة، كالمستشفى أو منزل المريض. وبوجه

عام يجب أن تتصف الملاحظات العلاجية بالوضوح واستخدام لغة سلوكية واضحة، كما يجب أن تتصف بالإيجاز بحيث يتم وصف مضمون الجلسة ومحتوياتها فى عدد محدود من السطور.

المتابعة الدورية للخطة العلاجية:

يتحتم القيام بالمتابعة الدورية للخطة العلاجية وذلك لعدة أسباب:

١- التعرف على مدى تقدم المريض كنتيجة للعلاج الذى تم وصفه فى الخطة العلاجية.

٢- التعرف على النواحى التى تم حدوث تقدم فيها والنواحى التى ظلت كما هى، أو ربما تعرضت للتدهور.

٣- التعرف على سير الخدمات النفسية بوجه عام وعلى مدى مشاركة المريض فى العملية العلاجية.

٤- الإعداد لإنهاء العلاج إذا كان المريض قد حقق فعلاً الأهداف المنشودة التى جاء من أجلها للعلاج.

٩

الفصل التاسع
العلاج النفسي التحليلي

الفصل التاسع
العلاج النفسي التحليلي

مقدمة :

يرتبط التحليل النفسى باسم مبتكره سيجمند فرويد Freud. ويعتبر التحليل النفسى – عند المشتغلين به – نظرية فى السلوك الإنسانى، وطريقة فى العلاج، وأداة للبحث. ويجدر بالذكر أن فرويد بدأ حياته كباحث فى علم الأعصاب، لكنه ترك ذلك المجال ليعمل فى عيادته الخاصة. وقبل ابتكار فرويد للتحليل النفسى كان التنويم الإيحائى hypnosis هو الوسيلة المستخدمة لعلاج الاضطرابات النفسية، خاصة على يد ليبولت Liebault، وبرنهايم Bernheim، وشاركو Charcot وبيير جانيه Pierre Janet. وقد اعتقد برنهايم وشاركو أن التنويم الإيحائى يعالج أعراض الهستيريا. وقد أمضى فرويد عاماً فى باريس للدراسة معهما للتحقق من هذا الزعم. ولاحظ فرويد خلال عمله أن مجموعة الأعراض المسماة بالهستيريا التحولية لا تستجيب للعلاج الطبى العصبى. وتشمل أعراض هذا الاضطراب عادة شلل الأرجل أو شلل الأيدى أو العمى أو الصمم، الخ. وهي أعراض جسمية حقيقية، إلاَ أنها لا ترتبط بأى تلف فى الأعصاب أو فى العضلات. وكان الرأى السائد قبل فرويد أن أعراض الهستيريا التحولية ترتبط بأورام خفية فى الجهاز العصبى المركزى. ولكن فرويد بفضل معرفته فى علم الأعصاب، استطاع أن يبين أن أعراض الشلل فى الهستيريا التحولية لا يمكن إرجاعها إلى أسباب عصبية. وقد أكد فرويد أن الإيحاء تحت تأثير التنويم يمكن أن يؤدى إلى التحسن. إلا أن هذا الشفاء يكون عادة شفاءً مؤقتاً. فبعد فترة من الوقت تعود نفس الأعراض المرضية، أو يعود المرض فى شكل أعراض جديدة. أى أن العلاج كان علاجاً للأعراض وليس للمرضى أنفسهم. وقد فسر المعالجون ذلك على أنه يرجع إلى أن التنويم قد أزال الأعراض دون أن يعالج أسبابها الحقيقية، أى المرض ذاته الكامن وراءها. وكانت العقبة الأخرى أمام التنويم أن بعض الناس ليست لديهم القابلية أو القدرة على التنويم، مما يحد من صلاحية استخدام التنويم مع مختلف الحالات.

ونتيجة لذلك فقد عدل فرويد عن استخدام التنويم فى علاج المرض النفسى. وقد تعلم فرويد من طبيب نمساوى هو جوزيف بروورر فوائد إتاحة الفرصة للمرضى للكلام

و"الفضفضة" عماً يضايقهم. واتجه بعد ذلك إلى تشجيع مرضاه على تذكر الأحداث والتجارب القديمة فى حال اليقظة العادية، معتمداً فى ذلك على الإيحاء فى حالة اليقظة. ثم بدأ فرويد يتحول إلى استخدام أسلوب آخر، استعاره من فرانسيس جالتون Frances Galton، وهو أن يطلب من مرضاه الحديث عن كل ما يخطر ببالهم من أفكار أو ذكريات أو مشاعر مهما كانت تافهة أو معيبة أو مؤلمة، وأن يتحدثوا عنها بحرية كاملة دون محاولة كفها. وقد أطلق على هذه الطريقة اسم طريق "التداعى الحر" أو الطليق[١] (م. نجاتى، ١٩٦٦). وبهذه الطريقة يمكن الوصول إلى مكونات اللاشعور دون الحاجة إلى التنويم. ويوصف التداعى الحر غالباً بأنه "القاعدة الأساسية للتحليل النفسى بمعنى أنه الالتزام الحقيقى الرئيسى للمريض" (G. Blanck, 1976, P. 63).

اللاشعور:

أول من استخدم اصطلاح اللاشعور[٢] هو بيير جانيه. ولكن فرويد طور هذا المفهوم تطويراً كبيراً. ويقوم التحليل النفسى على افتراض أساسى هو تقسيم الحياة النفسية إلى ما هو شعورى وما هو لاشعورى. وبذلك فإن فرويد يرفض القول بأن كل الحياة النفسية شعورية بالضرورة. وأكبر دليل على ذلك يأتى من دراسة التنويم والأحلام. وتكون الأفكار لاشعورية عندما لا يشعر بها الفرد أولا يعى بها. ومع ذلك فمن الممكن أن تصبح شعورية تحت ظروف خاصة. وقد شبه فرويد اللاشعور بالجبل الجليدى، يظهر جزء صغير منه فوق سطح الماء، وهذا الجزء يماثل الشعور. أما القدر الأكبر من ذلك الجبل الجليدى فيظل تحت الماء، وهو ما يماثل اللاشعور.

ويفترض فرويد أن هناك قوة تقاوم تحول الأفكار من كونها لاشعورية لكي تصبح شعورية.. وهذه المقاومة[٣] هى التى تسبب ما يسميه فرويد بالكبت[٤]. ويميز فرويد بين درجتين من درجات اللاشعور: هناك ما يسميه فرويد ما قبل الشعور[٥]، ويعنى به فرويد ما هو كامن ولاشعوري ولكنه يمكن أن يصبح شعورياً بالطرق العادية.. أما اللاشعور على وجه الحقيقة فهو المكبوت الذى يتطلب جهداً تحليلياً خاصاً لإخراجه إلى حيز الشعور.

وقد توصل فرويد بعد استخدامه لأسلوب التداعى الحر إلى أن اللاشعور يتضمن خبرات مؤلمة وذكريات بعضها منفر، وبعضها –وإن كان ساراً– إلاً أنه يتنافى مع

---

1 - Free association.
2 - Unconscious.
3 - Resistance.
4 - Repression.
5 - Preconscious.

الخلق والضمير؛ وغير ذلك من الاعتبارات الاجتماعية (أحمد فائق، ١٩٦٧، ص ٢٢). كما يجد المرضى صعوبة فى استرجاع الذكريات المكبوتة، ويقاومون ذكرها للمحلل، وذلك لأنها تثير الألم لدى المريض. وتوصل فرويد إلى أن مضمون تلك الخبرات المكبوتة مضمون جنسى، وأن الأفكار المنفرة ذات طبيعة جنسية، وأنها ترجع إلى الطفولة المبكرة للشخص. وبذلك افترض فرويد ما أطلق عليه اصطلاح "الجنسية الطفلية"[٦]. فما يقاومه الشعور ويكبته هو المضمونات ذات الأصل الجنسى عند الطفل. (المرجع السابق). والحقيقة أن مفهوم الجنس عند فرويد أوسع من المعنى المتصل بالتناسل. وقد قام فرويد بصياغة نظرية فى النمو النفسى–الجنسى، حيث يرى أن الإنسان يمر فى حياته بمراحل من النمو النفسى–الجنسى.

فالدافع الجنسى العام، أو ما يطلق عليه فرويد اسم الليبيدو libido ينزع إلى الحصول على اللذة من مصادر أو موضوعات مختلفة فى مراحل النمو المختلفة. وأرقى هذه المراحل هى المرحلة التناسلية. وقد قسم فرويد مراحل النمو الجنسى إلى ثلاث مراحل، أسماها تبعاً للمناطق الشبقية (أى مناطق اللذة) التى تغلب عليها، وهي على النحو التالى:

١- **المرحلة الفمية**[٧]: حيث يستمد الطفل الوليد أكبر درجة من اللذة والألم من منطقة الفم. فالرضاعة والأكل هى أهم مصادر اللذة فى هذه المرحلة. وتستمر هذه المرحلة حتى أواخر العام الأول.

٢- **المرحلة الشرجية**[٨]: وتستمر من بداية العام الثانى حتى أواخره، حيث يكون الطفل قد وصل للفطام. ويمر الطفل خلال هذه المرحلة بعمليات التدريب على النظافة وضبط الإخراج.

٣- **المرحلة القضيبية**[٩]: وتبدأ من العام الثالث، وذلك بعد انتظام عمليات التبول والتبرز، وتستمر من سن الثالثة حتى سن الخامسة أو السادسة. ويستمد الطفل أكبر الإرضاء من تنبيه الأعضاء التناسلية. وفى هذه المرحلة ينشغل الطفل بالفروق بين الجنسين.

٤- **مرحلة الكمون**[١٠]: وخلال هذه المرحلة تصبح دوافع الهو أقل حدة ولا تلعب دوراً مباشراً فى دفع السلوك.

---

6 - Infantile sexuality.
7 - Oral phase.
8 - Anal phase.
9 - Phallic stage.
10- Latency period.

٥- **المرحلة التناسلية**(١١): وهى المرحلة الأخيرة من مراحل النمو النفسى–الجنسى، وهى أيضاً المرحلة المتصلة بالبلوغ وسن الرشد حيث تسود الميول الجنسية المتصلة بالجنس الآخر.

وينشأ المرض النفسى وكذلك الانحراف الجنسى عن تعطل النمو النفسى–الجنسى، وتعطل الانتقال من مرحلة إلى أخرى. وانسحاب اللبيدو من منطقة لأخرى، حسب متطلبات النمو، ليس أمراً مضموناً دائماً. فقد يتعرض الطفل فى أى مرحلة من مراحل تطوره إلى صعاب فى عملية الحصول على اللذة والبعد عن الألم. وذلك مما يجعل اللبيدو يثبت أو يتجمد عند مرحلة بعينها، ويتركز فى منطقة الصدمة. وكثيراً ما ينمو اللبيدو بعد تركه لجانب كبير من الطاقة الجنسية عند إحدى المراحل المبكرة. وفيما بعد عنما يصادف الشخص بعض الصعاب ينكص إلى تلك المرحلة السابقة التى حدث عندها التثبيت(١٢)، ويسمى ذلك بالنكوص(١٣).

وتحدث أهم الأزمات خلال المرحلة القضيبية، حوالى سن الرابعة. ففى تلك المرحلة كما يقول فرويد، تجتاح الطفل الرغبة الجنسية نحو الأم بالنسبة للأولاد، أو الأب بالنسبة للبنات. ويؤدى التهديد بالعقاب الشديد من الأب (بالنسبة للأولاد) أو الأم (بالنسبة للبنات) إلى دفع هذه الرغبة إلى مجال اللاشعور. وقد أطلق فرويد على هذه الرغبة المحرمة وما طرأ عليها من كبت عقدة أوديب(١٤) عند الأولاد، وعقدة إلكترا(١٥) عند البنات. ويتم التغلب على عقدة أوديب وحل الصراع من خلال تقمص الولد لأبيه أو البنت لأمها، وذلك بتبنى تقاليد وقيم المجتمع. وهكذا ينشأ الأنا الأعلى من خلال تعلم القيم الأخلاقية للمجتمع.

البناء النفسى :

تشتمل الشخصية الإنسانية على ثلاث أجهزة أو قوى رئيسية، هى الأنا، والهو، والأنا الأعلى. وترتبط بين هذه المكونات الثلاث تفاعلات دينامية مستمرة، بحيث أن السلوك هو عبارة عن وظيفة للتفاعلات بين هذه الأجهزة الثلاث. ويلاحظ أن هذه المكونات "ليست أشياء أو أماكن داخل العقل، لكنها عبارة عن عمليات دينامية، متفاعلة معاً، لها أصولها الخاصة، وأدوارها المحددة " (D.L. Rosenhan & Seligman, 1984, P.63). وتعمل هذه الأجهزة الثلاثة لدى الشخص السوى بصورة

11- Genital phase.
12- Fixation.
13- Regression.
14- Oedipus complex.
15- Electra complex.

متناغمة ومتعاونة للقيام بالتفاعلات الناجحة والمرضية للفرد مع البيئة. وتهدف هذه التفاعلات إلى إرضاء حاجات الفرد ورغباته. أما إذا حدث اختلاف أو صراع بين هذه الأجهزة فإن ذلك يؤدى إلى مشكلات التوافق، التى تجعل الفرد غير راض عن نفسه أو عن العالم من حوله، كما تحد من قدرته على تحقيق أهدافه.

الهـــو :

ويمثل **الهو** الجهاز الأولى أو الأصلى الذى ينشأ عنه فيما بعد كل من الأنا والأنا الأعلى. ويشتمل على كل ما هو موروث عند الميلاد، بما فى ذلك الغرائز. وهو مصدر الطاقة والحوافز الغريزية، وهو أيضاً بمثابة القوة الدافعة ومصدر التوتر النفسى الذى يبحث عن الإشباع. فالمثيرات الداخلية والخارجية تسبب التوترات للفرد، وعندئذ يقوم الهو بالتخلص من التوتر. ومبدأ اللذة هو المبدأ الأساسى الذى يحكم الهو. ويعمل مبدأ اللذة على إرضاء حاجات الإنسان وذلك بالتخلص من التوتر أو خفضه إلى أدنى مستوى ممكن. وهو بذلك يمنع إحساس الفرد بالألم، كما أنه يحاول تحقيق اللذة دون اكتراث بالواقع الخارجى أو بالاعتبارات الأخلاقية.

وينمو الهو كنتيجة لعمليات تنظيم إشباع الحاجات الأولية للطفل، والتى تولد لديه الإحباط إلى جانب الإشباع. ونتيجة للإحباط ينشأ فى الهو ما يطلق عليه فرويد العملية الأولية[١٦]. ويعرض هول (C.S. Hall,1978) لنشأة العملية الأولية. فالفرد يتلقى التنبيهات الحسية ويستجيب لبعضها بالأفعال المنعكسة[١٧]، والتى تربط بين الجهاز الحسي والجهاز الحركى. وبجانب هذين الجهازين يوجد لدى الإنسان الجهاز الإدراكى، وجهاز الذاكرة. وعندما يتلقى الجهاز الإدراكى التنبيهات من الحواس، يقوم بتكوين صورة أو تمثيل داخلى للشىء الذى وقع تأثيره على الحواس. ويتم الاحتفاظ بهذه الصور العقلية فى جهاز الذاكرة كذكريات أو آثار متبقية لما أدركه الفرد من قبل... وفيما بعد يتم تنشيط هذه الصور فى الذاكرة، بحيث يتم استحضار الماضى إلى الحاضر من خلال هذه الصور المتذكرة.

وعندما يجوع الطفل مثلاً فى حالة عدم وجود الثدى، فإن التوتر المصاحب للجوع يؤدى إلى استحضار الصور التى ارتبطت بالإشباع فى الماضى، والتى اعتاد أن يجد فيها الإرضاء وخفض التوتر. وهى صور بصرية، إلاَّ أنها تحتوى على عناصر شمية ولمسية وسمعية وتذوقيه. وهذه العملية التى يتم فيها انتاج صور من الذاكرة للشىء الذى يحتاج إليه الفرد لخفض التوتر تسمى **بالعملية الأولية**. وبالنسبة

16- Primary process.

17- Reflexes.

للهو فإن هذه الصور العقلية المتذكرة تعتبر مكافئة للإدراك الفعلى. فتذكر الطعام يعادل إدراك الطعام. أى أن الهو لا يميز بين الذاكرة الذاتية (الصورة المتخيلة) والإدراك الموضوعى للشيء الحقيقى. ومن أمثلة العملية الأولية ما يحدث فى الأحلام عندما يتم تكوين تلك الصور البصرية المتتابعة، والتى تستهدف خفض التوتر. فالجائع كما يقولون يحلم بسوق العيش. وهناك أمثلة كثيرة للعملية الأولية فى حياتنا اليومية. فالإنسان يتخيل الهدف المنشود قبل الوصول إليه، وهذا يساعد على ترشيد خطاه فى الوصول للهدف بدلا عن مجرد المحاولة والخطأ.

إلا أنه نظراً لأن العملية الأولية لا تكفى لخفض التوترات بصورة جيدة، تنشأ **العملية الثانوية**. وتنتمي العملية الثانوية إلى الأنا. وسوف نعرض لها فى حديثنا عن الأنا.

الأنـــا :

وإذا كان الهو يقوم بتصريف التوتر عن طريق النشاط الحركى الاندفاعى، أو عن طريق تكوين الصور الذهنية التى تحقق الرغبات (فى الأحلام مثلاً)، فإن ذلك لا يكفى لتحقيق الأهداف الكبرى للبقاء والتناسل. بل قد يجلب النشاط الحركى الاندفاعى عواقب وخيمة للفرد. ويستلزم التحقيق الناجح للرغبات والأهداف والحاجات أن يأخذ الفرد الواقع الخارجى فى الحسبان، طوعاً أو كرهاً. وهذا التفاعل بين الفرد والعالم الخارجى يستلزم تكوين نظام سيكولوجي جديد هو الأنا.

ويوصف الأنا بأنه يمارس وظائف التنفيذ والتكامل فى الشخصية، ويعمل الأنا تبعاً لمبدأ الواقع. وهو بذلك يحاول تحقيق رغبات الهو بما يتمشى مع الواقع وظروفه ومتطلباته. وهو ينمو مع نمو الفرد. فيلاحظ أن الطفل الوليد يعبر عن حاجاته وتوتراته بطريقة تلقائية بالبكاء. ولكن مع نمو الطفل ينمو الأنا، ويمارس وظيفة تقييم الواقع والمواءمة بين متطلبات الهو وظروف الواقع المحيط بالفرد.

ويخدم مبدأ الواقع ما أسماه فرويد بالعملية الثانوية[١٨] (ibid). وقد رأينا من قبل أن العملية الأولية تصل بالفرد فقط إلى النقطة التى يجد عندها صورة ذهنية للموضوع الذى يشبع حاجته. والخطوة التالية هى العثور على هذا الشىء فى عالم الواقع أو خلقه وإيجاده عن طريق خطة للتصرف تتم بالعقل والمنطق. وهذا التخطيط والتفكير المنطقى وحل المشكلات هو ما نسميه **بالعملية الثانوية**..

وتحقق العملية الثانوية ما تعجز العملية الأولية عن تحقيقه، وهو التمييز بين

18- secondary process.

العالم الداخلى للعقل والعالم الموضوعى للواقع الخارجى. وقد يستخدم الأنا أحياناً أحلام اليقظة والخيال. وهذا بالطبع يتبع مبدأ اللذة، ويتحرر من مبدأ الواقع. إلاَّ أن ذلك يختلف عن العملية الأولية لأن الفرد يميز بين الخيال والواقع.

الأنا الأعلى :

أما **الأنا الأعلى** فهو العنصر الثالث الذى ينشأ فيما بعد خلال نمو الفرد. وكثيراً ما ينظر إلى الأنا الأعلى على أنه مرادف للضمير. وتبعاً لفرويد فإن الأنا الأعلى هو عبارة عما يتشربه الفرد من النظم الأخلاقية للثقافة كما يفسرها له الوالدان. وينشأ الأنا الأعلى كنتيجة للتحريمات والمكافآت الوالدية المتعلقة بأشكال معينة من السلوك. فالطفل يتعلم ما هو حسن وما هو سيء، وبالتدريج يدمج الطفل ذلك فى نسقه القيمى الخاص. وهذا النسق الذى يتشربه الفرد يمارس تأثيره على السلوك، خاصة على الأنا. ومن الناحية النظرية، على الأنا أن يرضى كلا من الهو والأنا الأعلى. ووفقاً لهذا التصور فإن الشخص الذى يتمتع بدوافع جنسية قوية، وبأنا أعلى قوى يحرم إرضاء هذه الدوافع، لابد وأن يعانى من الصراع، والتوترات الداخلية. ونظراً لأن المجتمع بوجه عام يحرم دوافع الجنس والعدوان، فإن تلك الدوافع يغلب أن تكون أكبر مصدر للصراع الداخلى عند الأفراد.

الصراع الداخلى والأعراض العصابية :

وتبعاً لهذا التصور فإن الأعراض العصابية أو الاضطرابات النفسية تنشأ عن صراعات داخلية أو مكبوتة. فالأعراض بشكل ما هى عبارة عن مظاهر للصراع الداخلى الذى يعانى منه الفرد. بل إننا نجد فى بعض الحالات أن العرض نفسه هو بمثابة تمثيل رمزى لطبيعة الصراع الداخلى. فمثلا، قد يكون الشلل الوظيفى أو الهستيري للذراع اليمنى لأحد الأشخاص عبارة عن تعبير عن صراع داخلى بين رغبته فى الاعتداء بالضرب على أحد والديه وبين إدراكه لمدى شناعة مثل ذلك الفعل المشين. ولذلك ينبغى على المحلل النفسى أن ينظر إلى ما وراء الأعراض الظاهرية، ويحاول استكشاف أو استشفاف الأسباب الحقيقية للمرض فيما وراء ذلك. ويلاحظ أن المريض لا يدرك الأسباب الحقيقية للأعراض التى يعانى منها، كما أنه لا يعى بصورة شعورية الصراع النفسى الداخلى. وكل ما ينشده المريض هو التغلب على تلك الأعراض. وهنا يعمل المحلل النفسى جاهداً على استكشاف الأسباب الحقيقية للأعراض فى الصراعات النفسية الكامنة وراءها. وهنا يحاول التحليل النفسى مساعدة الفرد فى التغلب على الكبت، وأيضاً فى التغلب المقاومة التى يبديها فى وجه عمليات

الاستقصاء ومحاولة إخراج مكنونات اللاشعور إلى حيز الوعى. ويفترض – تبعاً لنظرية التحليل النفسى أنه عندما يتم إخراج الصراع إلى مستوى الوعى تختفى آثاره الضارة. فالعلاج النفسى هو عبارة عن مساعدة الفرد على مواجهة وفهم الصراعات اللاشعورية التى يعانى منها، والتى تمثل الجذور الحقيقية للمشكلة. وبتحويل الصراعات من المستوى اللاشعورى المكبوت إلى مستوى الشعور يتغلب الفرد على المشكلة وتزول الأعراض.

القلــق :

يؤدى الصراع النفسى إلى نشأة القلق. ووجود القلق فى حد ذاته إشارة إلى وجود الصراع النفسى الداخلى. وعندما يشعر الشخص بأنه لا يستطيع أن يحل المشكلات وأن يحسم الصراعات ينشأ القلق. ويمكن للقلق أن يكون شعورياً أو لا شعوريا. والقلق هو أحد المفاهيم الهامة فى نظرية التحليل النفسى. ويؤدى القلق دوراً هاماً فى نمو الشخصية وفى ديناميات السلوك. وله أهمية رئيسية فى نظرية فرويد فى العصاب والذهان وفى العلاج التحليلى لهذه الأمراض. ورغم أن القلق حالة شعورية مؤلمة، إلا أن أسبابه قد تكون أسباباً لاشعورية.

وتميز النظريات التحليلية بين ثلاثة أنواع من القلق، هى القلق الواقعى، والقلق العصابى، وقلق الضمير أو القلق الأخلاقى:

١ – القلق الواقعى:

ويحدث عندما يشعر الشخص بأن أحداث الواقع المحيط به قد تلحق به الأذى. وهذا ما يعرف عادة بالخوف. فإذا أدرك الشخص مثلاً أن حريقاً شب من حوله فإنه يشعر بالقلق الواقعى خوفاً مما يمكن أن يهدد حياته أو حياة الآخرين. ويطلق على الخبرات التى يداهم فيها القلق الإنسان ويسيطر عليه اسم الخبرات الصدمية، وذلك لأنها تحول الشخص إلى حالة طفلية من العجز وعدم القدرة على التصرف. والنموذج المبدئى[١٩] للخبرات الصدمية هو صدمة الميلاد[٢٠]. فالطفل الحديث الولادة يتعرض لسيل منهمر من التنبيهات من العالم المحيط به، لم يتهيأ لها خلال وجوده فى داخل الرحم. وخلال الأعوام الأولى من حياة الطفل يتعرض لمواقف أخرى كثيرة لا يستطيع التعامل معها.. وهذه الخبرات الصدمية خلال الطفولة تضع الأساس لتكوين شبكة كاملة من المخاوف. وفيما بعد، يؤدى أى موقف يهدد بتحويل الطفل إلى حالة العجز الأولى (فى الطفولة الباكرة) إلى استثارة القلق. فكل المواقف المثيرة للقلق

19- Prototype.

20- Birth trauma.

تتصل بخبرات العجز المبكرة وتشتق منها. وإذا وصل القلق إلى الدرجة التى لا يقوى الشخص على تحملها أو ردها فقد يؤدى ذلك حالة الإغماء أو الانهيار.

٢ – القلق العصابى:

وينشأ هذا القلق عندما تهدد الدوافع الداخلية الغريزية للشخص بالاجتياح، وأبرز هذه الدوافع دوافع الجنس والعدوان. فالقلق العصابى هو عبارة عن الخوف مما يمكن أن يحدث لو فشلت قوى الأنا فى التحكم فى الشحنات الغريزية، وفى منع تفريغها بصورة اندفاعية. ويمكن أن يظهر القلق العصابى فى ثلاثة أشكال:

١- هناك نوع من **الخوف الهائم** الذى يمكن أن يتعلق بأى ظرف بيئى خارجى. ويلاحظ هذا القلق بشكل خاص لدى الشخص العصبى الذى يتوقع دائماً حوث شىء مرعب. وفى حقيقة الأمر فإن هذا الشخص إنما يخاف من أن يسيطر الهو على الأنا ويتركه عاجزاً عن السيطرة على الموقف.

٢- والمظهر الثانى للقلق العصابى هو الخوف الحاد غير المعقول الذي نسميه **بالفوبيا**. فمقدار الخوف فى الفوبيا لا يتناسب مع الخطر الفعلى للموضوع أو الشئ المخيف. وتكمن جذور هذا الخوف فى الهو. فموضوع الفوبيا يمثل إغراءً بالإرضاء الغريزى، أو يرتبط بطريقة ما بموضوع غريزى. فخلف كل خوف عصابى رغبة بدائية من الهو فى الشيء أو الموضوع الذى يخاف منه الشخص (C.S. Hall, 1978). فالشخص يرغب فيما يخاف منه أو يرغب فى شىء يرتبط به أو يمثله موضوع الخوف. ويحدث أحياناً أن تتصارع الرغبات مع الأنا الأعلى عندما يشتهى الشخص نفس الشىء موضوع الخوف.. فكأنما فى هذه الحالة " يقول الهو "أنا أريد هذا الشىء"، بينما يقول الأنا الأعلى "ما أفظع ذلك"، ويقول الأنا "إنى خائف" (ibid, P.66).

٣- والنوع الثالث من القلق العصابى يرتبط **بالخوف من إتيان الأفعال الاندفاعية**. وتظهر الأفعال الاندفاعية عادة دون سابق إنذار. مثال ذلك ما نقرأه أحياناً فى الصحف، أو نسمعه فى وسائل الإعلام من أن أحد الأشخاص أمسك بندقيته وأخذ يطلق النار دون تمييز على رواد أحد المطاعم. ويهدف مثل هذا السلوك إلى التخلص من القلق العصابى المؤلم بعمل شىء اندفاعى يتطلبه الهو. أى أن هذا الشخص قد أسقط ضوابط الأنا وترك للهو الحبل على الغارب، وذلك رغم الأنا ورغم تحريمات الأنا الأعلى.

ولا يقتصر السلوك الإندفاعى على الشخص العصابى بل نلاحظ السلوك الاندفاعى فى الكلام أو فى التصرفات عند الأشخاص العاديين. وبالطبع يمكن أن

يترتب على الاندفاع فى الكلام أو فى التصرفات عواقب وخيمة للشخص كفقدان الأصدقاء أو كالتعرض للعقاب. وعندما يؤدى السلوك الاندفاعى إلى العواقب الوخيمة يتعلم الشخص مدى خطورة الغرائز. فعقاب الطفل يبين له أن الإرضاء الاندفاعى للغرائز يجلب المتاعب. وهذا يفسر لنا كيف يكتسب الطفل القلق العصابى عندما يتلقى العقاب على أفعاله الاندفاعية.

وإذا قارنا القلق الموضوعى بالقلق العصابى، فإن القلق العصابى يمكن أن يكون أكثر إيلاماً للشخص. فمع النمو يكتسب الفرد القدرة على التحكم فى التهديدات الخارجية التى تسبب القلق الموضوعى أو تجنبها. ولكن الأمر يختلف مع مصدر القلق العصابى. فمصدر القلق العصابى يوجد داخل الفرد، وبالتالى فليس فى وسع الإنسان أن يهرب من نفسه.

ولايقتصر القلق العصابى على الأشخاص العصابيين بل يلاحظ أيضاً لدى الأسوياء إلاَّ أنه لايسيطر على حياة الشخص السوى بالقدر الذى نراه لدى العصابيين. على أن الفرق بين الشخص السوى والشخص العصابى فرق فى الدرجة ليس إلاَّ.

٣- القلق الأخلاقى:

يؤدى القلق الأخلاقى إلى شعور الفرد بالذنب أو العار، وينشأ عن إدراك الفرد للخطر والتهديد من الضمير. ويمثل الضمير السلطة الأبوية، وهو يهدد الشخص بالعقاب إذا فعل شيئاً أو فكر فى شيء يتعارض مع المبادىء الأخلاقية التى زرعها الآباء فى شخصيته. وينشأ القلق الأخلاقى فى البداية كنتيجة للخوف من عقاب الوالدين.

ويشبه القلق الأخلاقى القلق العصابى من ناحية أن كلاهما داخلى المصدر، وأن الإنسان لايستطيع الهرب منه على النحو الذى يهرب فيه من مصادر الخوف الموضوعية. وبذلك فإن الصراع هنا صراع نفسى داخلى. كما أن كلاً من القلق العصابى والقلق الأخلاقى يتصلان بالخوف من التعبير عن دوافع الجنس والعدوان.. ويعانى الشخص المتمسك بالمبادئ الأخلاقية من قدر أكبر من القلق ومشاعر الذنب بالمقارنة بالشخص الأدنى خلقياً. ذلك أن الشخص الذي يتحلى بالأخلاق يحاسب نفسه حساباً عسيراً حتى على مجرد التفكير فى عمل شيء لا يرضى ضميره.

وفى حالة القلق الموضوعى يستطيع الشخص الهروب من مصدر الخطر حتى يتجنب الأذى أو الألم والحرمان. أما فى حالة القلق العصابى والقلق الأخلاقى، فإن الشخص يخاف من نفسه، من مشاعر الذنب أو العار مثلاً. وقد يزيد هذا القلق بدرجة كبيرة غير محتملة تجعله يندفع إلى القيام بأعمال تجلب له العقاب الخارجى الذى يخفف من مشاعر الذنب والمعاناة.

الحيل العقلية :

تهدف الحيل العقلية أو ميكانيزمات الدفاع[٢١] إلى التغلب على مشاعر القلق وتوفير الحلول العقلية للصراع. وتحدث هذه الحيل عادة بطريقة لاشعورية وأوتوماتيكية. وهذا يعنى أنها تحدث غالباً دون قصد إرادى من الشخص. وسوف نعرض هنا لبعض الحيل الدفاعية الشائعة.

الكبــت :

ويعتبر الكبت[٢٢] أكثر الحيل العقلية شيوعاً ويحدث الكبت عندما يتم إخراج الأفكار المخيفة والرغبات المحرمة من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور. ومن أمثلة ذلك الذكريات التى يمكن أن تثير مشاعر الذنب أو الإحساس بالعار وتأنيب الضمير ومشاعر الحطة والضعة. ومن أمثلة ذلك كبت الخبرات الصدمية مثل مشاهد أو مواقف العنف أو القتل وسفك الدماء.

ويختلف الكبت عن القمع[٢٣]. فبينما نجد أن الكبت يتم بطريقة لاشعورية، نجد أن القمع يتم بطريقة شعورية، إرادية ومتعمدة، وذلك باستبعاد بعض الأفكار المضايقة أو المؤسفة من حيز الوعى. ويمكن الكبت الفرد من تفادى الأفكار أو الذكريات المؤلمة. ولكن تأثير تلك الخبرات أو الأفكار المكبوتة يخرج فى هذه الحالة عن نطاق التحكم الإرادى للفرد، بحيث تكتسب الأفكار المكبوتة قوة وسطوة تفوق قوتها الحقيقية. وفى غالب الأحيان لا يكون الكبت كاملاً، حيث تعبر الرغبات المكبوتة عن نفسها مثلاً من خلال فلتات اللسان أو الهفوات والأحلام.

الإسقـاط :

الإسقاط[٢٤] هو عبارة عن نسبة المعانى أو الفهم والتصورات الشخصية غير المقبولة إلى الآخرين. ويرى المحللون النفسيون أن الإسقاط يلعب دوراً مزدوجاً فى خفض القلق. فهو يخفض القلق عن طريق نسبة الحوافز المنبوذة والمثيرة للقلق إلى شخص آخر، بدلاً عن إدراكها على أنها نابعة من داخل الشخص نفسه. ومن ناحية أخرى يعطينا الإسقاط مبرراً للتعبير عن تلك الحوافز.. فمثلاً إذا كان الشعور بالغضب يثير القلق عند الشخص، فإنه ينسب الغضب إلى الشخص الآخر، ويزعم أن الشخص

21- Defense mechanisms.
22- Repression.
23- Suppression.
24- Projection.

الآخر هو الغاضب.. وإذا كان الشخص الآخر هو الطرف الغاضب فإن هذا يبرر السلوك العدوانى تجاه هذا الشخص (الذى أسقط عليه الغضب) دفاعاً عن النفس.

تكوين رد الفعل:

يعنى تكوين رد الفعل[٢٥] قيام العقل بتكوين رد فعل مضاد للشعور أو للدافع الأصلى، أو استبدال الشعور الأصلى المؤلم للشخص بشعور مضاد ومريح له. ويرى المحللون النفسين أن تكوين رد الفعل يرتبط بالكبت. فالشخص يعمل الشيء المضاد للدافع الأصلى لكى يستمر الكبت، وكمثال على ذلك أن يبالغ الشخص فى التزمت لإخفاء دوافعه الجنسية وإبقائها مكبوتة لا شعوريا، أو أن يبالغ فى الأدب لإخفاء الميول العدوانية اللاشعورية. ويلاحظ أن ذلك كله يتم بطريقة لاشعورية ودون وعى من المريض.. ويعرض بابكوك (Christopher Babcock, 1988) لمثال لتكوين رد الفعل ذكرته له آنا فرويد Anna Freud. فقد جاءت المريضة الشابة إلى آنا فرويد بعد أن شوهدت فى الشارع وهى تحاول خنق أمها بلف الإيشاربات حول رقبتها، مما حدا بالمارة إلى استدعاء الشرطة. وقد اعتقدت وهى تفعل ذلك أنها كانت فقط تحاول أن تدفئها من البرد وتضمن راحتها. لكن التحليل النفسى كشف فيما بعد أن الفتاة كانت تعانى من مشاعر متناقضة نحو أمها التى حرمتها من أن تعيش شبابها بعد أن وهبت كل وقتها لخدمتها. فعنايتها بأمها هنا أخفت تمنياتها الكامنة فى اللاشعور بموت الأم.

التقمص :

يشير التقمص أو التوحد[٢٦] إلى عملية امتصاص وتبنى صفات الآخرين وآرائهم وقيمهم وعاداتهم السلوكية ومكانتهم وقوتهم. ويعتبر التقمص من أكثر الميكانيزمات العقلية شيوعاً فى الحياة اليومية للتغلب على الخوف أو الشعور بضعف الكفاءة. ونحن نلاحظ مثلاً أن التلاميذ يتقمصون المدرسين، كما يتقمص المراهقون المشاهير من الممثلين والممثلات، ويتقمص كثير من الناس الزعماء السياسيين. أو يتقمص الطلاب شخصية الأستاذ الجامعى، ويحاكون حركات أو تصرفات أو لزمات معينة تصدر عنه، كطريقة الكلام أو تدخين السيجار أو طريقة المشى، كأنما هذه المظاهر يمكن أن تغير من جوهرهم.

وقد تحدث المحللون النفسيون عن التقمص مع المعتدى خاصة فى مجال السياسة. فيحكى لنا برونو بتلهايم Bruno Bettelheim عن مشاهداته أثناء اعتقاله فى

25- Reaction formation.

26- Identification.

أحد معسكرات النازى خلال الحرب العالمية الثانية. فقد لاحظ أن أولئك الذين قضوا أكثر من ثلاث سنوات فى معتقلات النازى يتوحدون مع سجانيهم، فيستخدمون لغة الجستابو، وحركاتهم، بل ويرتدون بعض قطع الملابس القديمة التى يستغنى عنها السجانون. وتذكر أنا فرويد قصة الطفلة الصغيرة التى كانت تخاف من عبور ردهة البيت خشية مقابلة الشبح. وقد تمكنت من التغلب على هذا الخوف بالقيام ببعض الحركات أثناء عبورها الردهة. وقد شرحت لأخيها الأصغر أنه لا داعى للخوف من الردهة، وأن عليه فقط أن يتظاهر بأنه هو الشبح الذى يفترض أنه سيقابله. وبذلك تغلبت الطفلة على خوفها من الشبح بتقمصها للشبح نفسه.

التبرير(٢٧) :

التبرير هو نسبة السلوك إلى دوافع مقبولة اجتماعياً، أو بعبارة أخرى إعطاء مبررات مقبولة لسلوك قد لا يكون مستحسناً أصلاً. فمثلاً إذا تأخر شخص فى الوصول إلى موعد مع آخرين فقد يبرر ذلك بحوث عطل لسيارته أو بأنه يرجع إلى الزحام الشديد فى المرور.

وهناك عدد من التجارب الشيقة التى أجريت فى مجال التنويم الإيحائى والتى تعطى مثالاً جيداً لعملية التبرير. فقد تم أثناء إحدى جلسات التنويم إعطاء التعليمات لأحد الأشخاص بأن عليه بعد إيقاظه من التنويم أن يراقب جيداً المنديل الذى يزين جيب المنوم، وأن عليه عندما يلاحظ أن المنوم أخرج المنديل من جيبه أن يفتح الشباك. وأعطى الشخص أثناء تنويمه الإيحاء بنسيان هذه التعليمات. وتم بعد ذلك إيقاظ الشخص من حالة التنويم. وبعدها لوحظ أنه يتحرك فى الغرفة وسط الناس المحيطين به، ولكنه ظل ينظر باستمرار نحو المنوم. وعندما أخرج المنوم المنديل من جيبه، لوحظ على الشخص التردد، ثم قال: أليس الجو مكتوماً داخل الغرفة؟ ثم قام بفتح النافذة بعد أن أعطى هذا التبرير.

الإعلاء أو التسامى(٢٨) :

الإعلاء هو عبارة عن تحويل الطاقة النفسية إلى مسار أو أهداف مقبولة اجتماعياً. فمثلاً يتم تحويل الطاقة الجنسية إلى عاطفة حب عارم يمكن أن يؤدى فى النهاية إلى إشباع هذه الرغبة، أو تحويل الطاقة الجنسية إلى عملية بناء أو عمل دائب لتحقيق أهداف أخرى هامة للفرد أو الجماعة.

27- Rationalization.

28- Sublimation.

المحللون النفسين الجدد :

اجتذبت نظرية التحليل النفسى عدداً من المفكرين الذين انضموا إلى تيار فرويد. ولكنهم سرعان ما انشقوا عنه بأفكار ومفاهيم جديدة. وقد اختلف البعض معه حول طبيعة الدوافع الأساسية للإنسان، بينما اختلف البعض حول مراحل النمو النفسى التى يمر بها الإنسان منذ الميلاد. وسوف نعرض فيما يلى لأهم هؤلاء المحللين الجدد.

كارل يونج Karl Jung:

رأى يونج (١٨٧٥-١٩٦١) أن الإنسان يختزن فى اللاشعور ذكريات تعود إلى خبرات الأجيال الماضية، وليس فقط ذكرياته التى ترجع إلى طفولته الخاصة. وأطلق يونج على هذه الخبرات اسم اللاشعور الجمعى collective unconscious. وتتضح هذه الخبرات فى أشكال السلوك غير المتعلم، مثل الخوف من النار، أو الخوف من الظلام، أو الخوف من الموت. فهذه المخاوف هى ذكريات متبقية من خبرات الأجيال السابقة. وللحقيقة فقد أطلق فرويد على هذه الأفكار العامة المشتركة بين البشر اسم الأنماط العتيقة archetypes، إلاً أن يونج أعطى لها أهمية كبيرة ورأى أنها الأساس الذى تتبنى عليه شخصية الإنسان.

ألفرد آدلر Alfred Adler:

اختلف آدلر مع فرويد حول الدوافع الأساسية للسلوك. فلقد رأى فرويد أن دوافع الإنسان هى أساساً دوفع الجنس والعدوان، وأن هذه الدوافع تأتى أصلاً من الهو، ويقوم الأنا بمحاولة إشباعها. أما آدلر فقد رأى أن الإنسان يعمل من أجل أهداف ذات معنى بالنسبة له. فالإنسان يحاول أن يكون أكثر من مجرد الجينات التى ولد بها أو البيئة التى تحيط به وتؤثر عليه. فالنفس الإنسانية تحاول أن تخلق شيئاً فريداً لا تحده الدوافع البيولوجية أو الضغوط البيئية بشكل كلى.

كارن هورنى Karen Horney:

رأت كارن هورنى (١٨٨٥- ١٩٥٢) أن القلق الأساسى هو قلق إجتماعى وليس مجرد قلق مبنى على أساس الخبرات البيولوجية. فالقلق بالنسبة لها يتكون من شعور الطفل بأنه منعزل وعاجز فى عالم يحمل خطر التهديد والعدوان. وهذا القلق يؤدى بالطفل إلى أن يأخذ أحد المسارات التالية:

١- يمكن أن يصبح عدوانياً ينشد الانتقام من أولئك الذين رفضوه.

٢- يمكن أن يصبح إنساناً مطيعاً خضوعياً أملاً فى كسب الحب المفقود.
٣- يمكن أن يؤثر الانسحاب من حلبة الصراع يائساً من محاولة الحصول على الحب.

وقد أطلقت كارين هورنى على هذه الاستراتيجيات اسم الحركة ضد، والحركة نحو، والحركة بعيداً. ورأت أن هذه الاستراتيجيات هى عبارة عن استجابات اجتماعية رداً على قلق اجتماعى أساساً.

هارى ستاك سليفان Harry Stack Sullivan:

رأى هارى ستاك سليفان (١٨٩٢-١٩٤٩) أن فكرة الشخصية الإنسانية فكرة وهمية، وأنه لا يمكن فصلها عن السياق الاجتماعى الذى يعيش ويعمل فيه الإنسان. ورأى سليفان أن المشكلات النفسية لا تنشأ فقط كنتيجة لنمو اجتماعى خاطئ، بل إنها عبارة عن علاقات اجتماعية خاطئة.

إريك إريكسون Erik Erikson:

قدم إريكسون (١٩٠٢-   ) نظرية فى النمو تمتد إلى مدى أبعد بالمقارنة بما قدمه فرويد من قبل. وتؤكد نظرية إريكسون على الطابع النفسى الاجتماعى للإنسان، وعلى علاقات الفرد بالمجتمع. وبينما رأى فرويد أن أساس الشخصية يتم وضعه خلال الطفولة، فإن إريكسون رأى أن الشخصية تستمر فى النمو والتغير طوال حياة الإنسان، من الطفولة، مروراً بسنوات البلوغ والرشد، وحتى سنوات الشيخوخة. وقد قسم إريكسون مراحل النمو إلى ثمانية مراحل، أكد فيها على أهمية الجوانب الاجتماعية للنمو، وعلى أن النمو النفسى للفرد يعتمد على العلاقات الاجتماعية التى يكونها فى المراحل المختلفة من حياته. ومراحل حياة الإنسان عند إريكسون على النحو التالى:

١- **الثقة فى مقابل عدم الثقة:** وتمتد خلال العام الأول من عمر الطفل.
٢- **الاستقلال فى مقابل الشك:** وتمتد خلال العام الثانى.
٣- **المبادأة فى مقابل الذنب:** وتمتد من العام الثالث حتى نهاية العام الخامس من العمر.
٤- **الإنتاجية فى مقابل الشعور بالقصور:** وتمتد من سن السادسة حتى سن البلوغ.
٥- **الهوية فى مقابل اختلاط الهوية:** وتمتد خلال سنوات المراهقة.
٦- **الروابط الوثيقة فى مقابل العزلة:** وتمتد خلال سنوات الرشد المبكرة.

٧- **توالى الأجيال فى مقابل التكريس على الذات:** وتمتد خلال سنوات الرشد الوسطى (تقريباً من سن ٤٠-٦٥ سنة).
٨- **التكامل فى مقابل اليأس:** وتمتد خلال سنوات الشيخوخة (فوق سن ٦٥ سنة).

إريك فروم Erick Fromm:

رأى إريك فروم (١٩٠٠-١٩٨٠) أن الإنسان اجتماعى أساساً. فالناس يجدون أنفسهم فى عزلة متزايدة عن الآخرين. وهذه العزلة مؤلمة للإنسان ولا شك. وبينما يستمتع الكثير من الناس بحريتهم الفردية، إلاً أنهم ينشدون أيضاً إنهاء عزلتهم. وبوسعهم أن يحققوا ذلك من خلال الحب، والاشتراك فى العمل. وهذا هو الأسلوب البناء. كما يمكنهم أن يحققوا ذلك الهدف من خلال المجاراة الاجتماعية، والخضوع للسلطة. وذلك هو الأسلوب الهدام.

العلاقة بالموضوع object relations :

تضمنت نظرية فرويد الكثير من التنظير عن النمو النفسى الجنسى فى مراحل العمر المبكرة. ومع ذلك فقد بنى فرويد هذه الصياغات النظرية على أساس الذكريات التى أوردها المرضى من الراشدين خلال جلسات التحليل النفسى (S.F. Butler & H.H. Strub, 1991). كما أن فرويد لم يقم إطلاقاً بعلاج الأطفال. ومن أوائل المحللين النفسيين الذين قاموا بإجراء ملاحظات على الأطفال ميلانى كلاين Melanie Klein التى استخدمت أساليب التحليل النفسى فى علاج الأطفال. وقد اختلفت ملاحظات ميلانى كلاين على الأطفال عما انطوت عليه نظرية التحليل النفسى. فالأطفال يوجهون القدر الأكبر من طاقاتهم إلى بناء علاقاتهم مع الآخرين، وليس إلى محاولة التحكم فى دوافع اللبيدو كما قال فرويد من قبل. وبذلك فليست محاولة التحكم فى الدوافع الشبقية هى ما يدفع الأطفال، بل الحاجة إلى التحكم فى مشاعرهم نحو الأشخاص المهمين فى حياتهم. وبذلك فإن ما يشغل الطفل هو تلك العلاقات الإنسانية وليس النوازع الجنسية.

وقد أدت ملاحظات كلاين وغيرها من المحللين النفسيين من المنتمين إلى المدرسة البريطانية إلى الخروج على نظرية فرويد فى الدوافع وتطوير ما سمى بنظريات العلاقة بالموضوع. ومن أهم ما شغل أنصار هذه النظرية دور العلاقات الإنسانية فى نمو الشخصية. وتبعاً لهذه النظرية فإن الطفل لا ينشد اللذة بل ينشد الموضوع. ونظراً لأن أول علاقة للطفل فى حياته هى علاقته بالأم فقد ركزوا بصورة خاصة على هذه العلاقة بين الطفل والأم. وتبعا لنظريات العلاقة بالموضوع

فإن الطفل يتفاعل مع الأم خلال مراحل متعددة. وتتفق هذه النظريات على أن هذه التفاعلات تهدف إلى إرضاء الحاجات الأساسية للطفل. ومع ذلك فإن الطفل (حسب نظرية العلاقة بالموضوع) يمتص أو يتشرب مظاهر معينة من الموضوعات التى يتفاعل معها. وفى البداية يقوم الطفل بتقسيم أو تجزئة الإدراكات التى يكونها عن الآخرين إلى موضوعات مرضية أو مشبعة (مثل الثدى المشبع أو الأم التى تعطى الإرضاء والإشباع)، وإلى موضوعات سيئة أو محبطة (مثل الثدى السىء أو الفارغ، أو الأم الشديدة العقاب). وتكون هذه التقسيمات الأولية للعالم بداية التمييز الذى يكونه الطفل من خلاله إحساسه بنفسه فى علاقته بالآخرين. وإحدى النتائج الهامة لعملية التجزئة أو التقسيم هى افتراض أنه عندما يوجد الشىء الحسن أو الجيد فإن الموضوع السىء لا يكون له وجود، والعكس صحيح. ومع مزيد من النمو يزداد وعى الطفل بأن نفس الموضوع يمكن أن يكون حسناً وسيئاً معاً. كذلك يبدأ الطفل فى تكوين عالم داخلى من الموضوعات التى تحدد علاقاتها بالطفل إحساس الطفل بنفسه. ومع النمو السوى للطفل تستمر عملية تكوين الحدود بين الذات أو الأنا والآخر، ويكون الطفل إحساساً بالذات على أنها نظام منفصل، ومنظم، وإيجابى أساساً قادر على إعطاء الحب وتلقيه، وعلى الاحتفاظ بإحساسه بالهوية الذاتية. أما إذا شابت علاقة الطفل بالأم الكثير من الخبرات السلبية والمحبطة، فمن الممكن أن تنشأ الصعوبات فى نمو إحساس الطفل المستقل والمنظم بنفسه، مما يؤدى إلى حدوث المرض النفسى.

الأساليب العلاجية التحليلية :

يختلف التحليل النفسى (التقليدى على الأقل) عن غيره من طرق العلاج النفسى من ناحية أهداف العلاج. فهدف العلاج ليس تحسن الأعراض المرضية، أو استبدال عادات سيئة بعادات حسنة"، ولكنه عبارة عن عملية إعادة بناء reconstruction المظاهر الوجدانية للشخصية ككل.

ويتطلب العلاج بالتحليل النفسى من القائم به إعداداً طويلاً نظرياً وعملياً. ومن أهم ما يتطلبه أن يتلقى المحلل نفسه تحليلاً وافياً قبل أن يصبح قادراً على ممارسة العلاج، حتى يتنبه إلى العوامل اللاشعورية التى تؤثر على تفكيره وسلوكه وتصرفاته إزاء المرضى، وحتى لا يكون خاضعاً فى أحكامه وتفسيراته لتأثير العوامل الشخصية اللاشعورية.

ويرتكز أسلوب التحليل النفسى التقليدى على أساس مفهوم الصراع بين الأجهزة النفسية.. ذلك الصراع الذى يؤدى إلى نشوء القلق النفسى. كما يعرف المحللون النفسيون العصاب بأنه عبارة عن "حل مرضى للصراع الأوديبى Oedipal conflict،

يصل إليه الأنا الذى يستخدم الدفاعات ضد القلق والذنب اللذان ينتجان عن التوتر بين الأنا والهو، أو الأنا الأعلى والهو، أو الأنا الأعلى والأنا" (G. Blank, 1976, P.63). ولذلك يستهدف التحليل تقليدياً التعامل مع الدفاع (تحليل المقاومة) من ناحية وتحويل اللاشعورى إلى شعورى من ناحية أخرى.

وتبدأ أولى خطوات التحليل النفسى عادة باستلقاء المريض على أريكة مريحة وهو يعطى ظهره للمحلل، وبذلك لا يرى المريض المحلل أثناء جلسة التحليل. وتساعد هذه الجلسة المريحة المريض على تداعى خواطره وأفكاره، وعلى حرية تفكيره، ونكوصه إلى طفولته الأولى أثناء جلسات العلاج. كما تساعد أيضاً على إسقاط مشاعره على المحلل، وبذلك يتيسر حدوث التحويل أو الطرح(٢٩). وأهم الملامح الأساسية للتحليل النفسى ما يلى:

١ – التداعى الحر:

استخدم فرويد التداعى الحر حتى يقلل من تأثيره شخصياً على مجرى تفكير المريض. ويساعد التداعى الحر على الوصول إلى اللاشعور وخروج مكنوناته الأساسية إلى حيز الشعور خاصة عندما تنخفض المقاومة. ويعتبر التداعى الحر بمثابة القاعدة الأساسية للتحليل النفسى. وخلال جلسة التحليل يتم تشجيع المريض على أن يذكر كل ما يجول بخاطره من أفكار بصرف النظر عما إذا كانت تلك الأفكار تبدو له معقولة أو غير معقولة، أو يبدو أن لها علاقة بالمشكلة أم لا. وقد رأى فرويد أن هذه التداعيات الحرة تؤدى فى النهاية إلى الكشف عن مجالات هامة مكبوتة فى اللاشعور عند المريض. ويساعد منهج التداعى الحر على إسقاط الضوابط والدفاعات التى تكف المريض وتمنع مكونات اللاشعور من الخروج إلى حيز الشعور. كذلك يقوم المحلل النفسى خلال جلسة التحليل بالكثير من الملاحظات على طبيعة التداعيات ودلالاتها، كما يلاحظ توقف المريض عن الاسترسال فى الكلام، وفلتات اللسان، والحركات والأوضاع الجسمية، والتعبيرات الانفعالية. وتمده هذه الملاحظات ببعض الاستبصارات حول مكونات اللاشعور عند المريض.

٢ – تحليل الأحلام:

أطلق فرويد على الأحلام اسم "الطريق الملكى إلى اللاشعور". ويرى فرويد أنه خلال النوم يسقط الشخص الضبط والمقاومة إلى حد كبير. ويتيح ذلك لبعض المادة المكبوتة أن تعبر عن نفسها فى الأحلام. ونظراً لأن الشخص النائم لا يسقط ضوابط الوعى كلية، فإن مكونات اللاشعور تظهر فى الأحلام بصورة رمزية ومشوهة. ذلك

29- Transference.

أنها لو ظهرت على حقيقتها لسببت للمريض إزعاجاً شديداً يوقظه من نومه. وقد ميز فرويد بين ما أسماه بالمحتوى الظاهرى والمحتوى الكامن للحلم. ويشير المحتوى الظاهري للحلم إلى ذلك المحتوى المشوه والرمزى الذي يشهده الشخص فى الحلم. أما المحتوى الكامن للحلم فهو عبارة عن المعنى الحقيقى واللاشعوري للحلم.

وتستخدم مادة الحلم خلال جلسات التحليل. حيث يطبق المحلل أسلوب التداعى الحر على المحتوى الظاهرى للحلم. ويمكنه بذلك الكشف عن المعنى الحقيقى للحلم. ويستعين المحلل أيضاً بما يعرف عن الدلالات الخاصة لبعض الرموز فى الأحلام، والتى تقرب المحلل من فهم دلالة الحلم.

٣– التنفيس:

يتم من خلال التداعى الحر التنفيس[٣٠] عن الانفعالات التى ظلت مكبوتة زمناً طويلاً، وبذلك تخف وطأتها وضغوطها على المريض.. ومع ذلك لا يعتبر التنفيس وحده كافياً للعلاج فى نظر جمهرة المحللين.

٤– المقاومة:

وهى إحدى المفاهيم الأساسية فى التحليل النفسى. تعرف المقاومة[٣١] بأنها استخدام الدفاعات[٣٢] فى موقف التحليل. وهذه المقاومة يمكنها أن تؤثر على التداعى الحر والأحلام والذكريات حيث تعمل المقاومة على منع خروج الأفكار والدوافع المشينة أو المحرمة من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور. فالمريض يقاوم محاولات الوصول إلى الصراعات المكبوتة فى اللاشعور. وقد تظهر المقاومة فى شكل تردد المريض أو تخوفه عند اقتراب جلسة التحليل، أو فى نسيانه للمواعيد مع المحلل أو تأخره عنها، أو الحديث عن أشياء لا علاقة لها بالموضوع، أو عدم سماع ما يقوله المحلل النفسى للمريض، أو حتى فى شكل الاستخفاف بالمحلل. وهذا الاستخدام اللاشعورى للمقاومة قد يخدع المحلل ويحيره. ووظيفة المقاومة هنا أنها تحمى الشخص من مواجهة الألم ومشاعر الذنب والقلق والدوافع غير المقبولة، كما أنها تحميه من التغيير الذى يهدد نمط توافقه الحالى (التوافق المرضى).

ومن الضرورى فهم تلك المقاومة وتفسيرها حتى ينفتح الطريق إلى المضمون اللاشعورى الذى تقف المقاومة حائلاً دونه. ويؤدى ذلك إلى مزيد من الصراعات ومن المقاومة التى يتعين على المحلل النفسى أن يواجهها. والمقاومة – مثلها فى ذلك مثل الطرح – يمكن الاستفادة منها كأداة علاجية قيمة إذا أحسن المحلل تناولها. ويجب

30- Catharsis.

31- Resistance.

32- Defenses.

التغلب على المقاومة إذا أريد للعلاج أن يحقق التقدم. ويعتمد المحلل فى تناوله للمقاومة على التفسيرات التى ترتبط أيضاً بعمليات الطرح أو التحويل.

٥- التفسير:

وهو الأداة الرئيسية التى يستخدمها المحلل، بحيث يؤدى إلى حدوث الاستبصار لدى المريض... فمن خلال التزام المريض بالتداعى الحر تبدأ فى الظهور بعض عناصر ومكونات اللاشعور التى لم تكن بادية من قبل. ويساعد المحلل النفسى على تجميع هذه العناصر معاً فى صورة ذات معنى من وجهة نظر التحليل النفسى... وتتم عملية التفسير على مراحل جزئية متعددة أثناء عملية التحليل النفسى. ويأخذ المحلل سبيل الحذر عند تقديمه التفسيرات إلى المريض، بحيث يقدم التفسيرات فى الوقت المناسب، وذلك عندما يكون المريض مستعداً لذلك، حتى لا تتعرض تلك التفسيرات للرفض من جانب المريض لأنها جاءت قبل الوقت المناسب.

٦- النكوص:

ويعنى النكوص[٣٣] عودة المريض إلى مراحل قديمة مرت به فى طفولته الأولى، كأنما يحياها ذلك المريض -انفعالياً- من جديد. وبإحياء تلك الصراعات القديمة التى تعود للظهور فى ظل النكوص، يتسنى للمحلل تفسيرها وحل الصراع. فالنكوص هنا فى خدمة "الأنا " ويهدف إلى تحقيق مزيد من النضج عند المريض.

٧- التحويل أو الطرح:

يرى المحللون أن عملية الطرح[٣٤] ظاهرة تحدث بصورة عادية فى حياتنا اليومية. وهى عبارة عن عملية إسقاط للمشاعر التى ارتبطت فى الماضى بأشخاص مروا فى حياتنا من قبل، خاصة الأشخاص ذوى السلطة أو العطاء كالآباء والمدرسين والأطباء ورجال البوليس والأقارب والأصدقاء وغير ذلك. ويستخدم المحلل النفسى ظاهرة الطرح فى عملية العلاج التحليلى. ويتكرر طرح المشاعر العصابية خلال جلسات التحليل بحيث يطلق عليه عصاب الطرح، حيث يعيش الشخص من جديد خلال الجلسات ذلك العصاب الذى أيقظته أو أحيته عملية التحليل النفسى.

ومهمة المحلل النفسى خلال جلسات التحليل مساعدة الشخص على التغلب work through على عصاب الطرح. ففى موقف التحليل يمكن للشخص التعرف على عصاب الطرح، وإدراكه وحله. وهو بذلك يساعد المريض على التغلب على عصاب الطرح الذى يؤثر على علاقاته الاجتماعية فى حياته اليومية.

33- Regression.

34- Transference.

٨- **الطرح المضاد:**

لا تكتمل مناقشة عملية الطرح دون الإشارة إلى عملية الطرح المضاد[٣٥]. ويشير التحويل أو الطرح المضاد إلى تلك المشاعر اللبيدية أو العدوانية التى يتعرض لها أو يعانيها المحلل النفسى ذاته خلال تعامله وتحليله للمريض. فالمعالج النفسى إنسان يأتى إلى جلسة العلاج وهو مثقل بمشكلاته الشخصية الأسرية والمالية والمهنية وغيرها. وإذا لم يكن المعالج النفسى على وعى بمشكلاته الشخصية الخاصة فإنها يمكن أن تؤثر دون شك على إدراكاته ومشاعره وتصرفاته إزاء المريض، بحيث أنه يرى شخصية المريض من خلال ظروفه الشخصية الخاصة. والسبيل إلى التغلب على هذه المشكلة هو التحليل النفسى الذاتى، أو أن يذهب المحلل إلى محلل آخر يساعده فى التحرر من وطأة عمليات الطرح المضاد. وهذا فى الواقع مطلب رئيسى قبل ممارسة التحليل النفسى. وبذلك يتحرر المحلل النفسى من تأثير صراعاته الداخلية ودفاعاته الخاصة، ويتمكن من التعامل مع المريض بصورة أكفأ تمكنه من إجراء تحليل نفسى جيد.

الأشكال المعدلة من العلاج النفسى التحليلى:

مر العلاج النفسى التحليلى بكثير من التطورات وذلك استجابة للحاجات المختلفة والمتنوعة للمرضى النفسيين (S. B. Kutash, 1983). وقد أدى ذلك إلى ظهور علاجات تحليلية معدلة عديدة. وتشترك هذه العلاجات التحليلية فى عدد من العناصر الأساسية، منها العلاقة العلاجية، والتنفيس والاستبصار (الانفعالى والعقلى)، والتغلب على المقاومة، ومواجهة المشاعر المكبوتة ومحتويات اللاشعور، واختبار الواقع، وترجمة الاستبصارات إلى تغيرات أكثر فاعلية فى سلوك الفرد.

وتمثل بعض هذه الاتجاهات المعدلة تطويراً لنظريات جديدة، بينما يمثل بعضها الآخر تطويراً لأدوات أو أساليب علاجية جديدة. وفى بعض الأحيان يشتمل التطوير على التأكيد على مرحلة واحدة من مراحل العلاج. كما اشتملت بعض هذه التطورات على تحول الاهتمام من الهو إلى الأنا الأعلى.

ويصنف كوتاش (ibid) هذه التعديلات على النحو التالى:

أولا: العلاجات التحليلية المختلفة أيديولوجياً عن التحليل الفرويدى الكلاسيكى:

١- **النظريات اللافرويدية:**

أ - علم النفس الفردى لألفرد آدلر Alfred Adler.

35- Countertransference.

ب- علم النفس التحليلى لكارل يونج Carl Jung.
جـ- علاج الإرادة لأوتو رانك Otto Rank.

٢- النظريات الفرويدية المحدثة التى تؤكد على دور الثقافة:

أ - النظرية الكلية لكارن هورنى Karen Horney.
ب- مدرسة العلاقات الشخصية لهارى ستاك سليفان Harry Stack Sullivan.
جـ- النظرية الثقافية لإريك فروم Erich Fromm.

ثانياً: العلاجات المختصرة المدة:

١- العلاج التحليلى النفسى النشط لشتيكل Stekel.
٢- مدرسة شيكاجو للعلاج التحليلى المختصر الوقت.

ثالثاً: توسعات التحليل النفسى الفرويدى

١- نظرية العلاقة بالموضوع Object-Relations.
٢- المراحل الثمانية لإريكسون Erikson.
٣- تحليل الخلق لولهلم رايخ Wilhelm Reich.
٤- نظرية كوهوت فى علاج اضطرابات الخلق النرجسى.

رابعاً: التعديلات المبنية على التأكيد على علم نفس الأنا:

١- على نفس الأنا لفيديرن Federn، وعلاج حدود الأنا.
٢- العلاج التحليلى التفاعلى لولمان Wolman

خامساً: محاولات ربط النظرية التحليلية بنتائج التجريب السيكولوجى:

١- نظرية ماورر Mowrer فى التعلم.
٢- تفسيرات ميلر ودولارد Dollard & Miller لنظرية التعلم والتحليل النفسى.
٣- ربط علم النفس الإدراكى بالتحليل النفسى عند إيتلسون Ittelson وكوتاش Kutash.
٤- التجديدات فى الأدوات النفسية للتحليل.
٥- العلاج التحليلى الجمعى.
٦- العلاج التحليلى باللعب.

مثال للعلاج التحليلى:

عرض ستيفين بيكر (Stephen Baker, et al,1995, P.217-218) لإحدى الحالات التى تم علاجها بأساليب العلاج النفسى الدينامى. فقد جاءت المرأة التى أطلق عليها اسم ماجى إلى العيادة النفسية الخارجية تطلب العلاج من حالة الاكتئاب النفسى التى تعانى منها. وقد انصب شعورها بالضيق الشديد على الطريقة التى كانت تعامل بها كلبها الصغير بافى. فقد كانت تحب كلبها الصغير كثيرا. وقد عبرت عن أسفها لأنها وجدت نفسها مؤخراً تعامله بقسوة شديدة. فقد كانت تركله بقدمها، وتقذفه إلى الحائط، وتشد شعره، وتمرجحه من ذيله حولها. وقد أكدت أنه لم يفعل شيئاً يجعله يستحق هذا العقاب. فهو كلب صغير ولطيف ولا يؤذى أحداً. وقد شعرت ماجى بالحيرة الشديدة لهذا السلوك الغريب، وغمرتها مشاعر الذنب، وتأنيب الذات، والحزن لمعاملتها بافى بهذه القسوة. وطوال الأسابيع التالية فى العلاج استمرت ماجى تعبر عن ألمها للمعاناة التى سببتها لبافى، والتى بدا أنها لا تستطيع التوقف عنها. غير أنه فى إحدى الجلسات التالية كشفت ماجى أنها سبق لها الزواج من رجل كان شديد القسوة عليها نفسياً وبدنياً. وقد وصل بها الغضب –الذى لم تكن تستطيع التعبير عنه– إلى الحد الذى جعلها تنتقم منه بتركه دون سابق إنذار، ودون أن تنبس بكلمة واحدة. وانتقلت إلى مكان بعيد، وغيرت حياتها تماماً، ولم تنظر بعد ذلك إلى الوراء.

ومع مزيد من الاستقصاء حول زواجها السابق، ولدهشة المعالج النفسى، كشفت ماجى عن أنه كان لديها طفلان صغيران تركتهما مع الزوج حين رحلت هرباً من سوء المعاملة. وقد استمر المعالج النفسى فى استفساراته عن التفاصيل حول طفليها الذين تركتهما وراءها، وذكرها المعالج فى نفس الوقت بشعورها بالذنب والألم لإيذائها لكلبها. وبعدئذ، ولما يقرب من نصف الساعة، غمرها فيض من مشاعر الألم والذنب، صاحب وصولها للاستبصار الحاد الملىء بالانفعالات. فقد أدركت ماجى أنها كانت، من خلال إيذائها لكلبها الصغير، تعاقب نفسها على تركها لأطفالها الصغار. فلقد كانت تتجنب مشاعرها نحو أطفالها، بينما تشعر بالذنب والألم وكراهية النفس بسبب إيذائها لكلبها. فلقد اضطرت ماجى لأن تترك زوجها الذي أساء معاملتها بطريقة فجائية وانتقامية. ولكى تعمل ذلك لم يكن بمقدورها أن تشعر بالألم والذنب لتركها أطفالها. ومع ذلك فقد كانت مشاعر الألم والذنب موجودة فى حيز اللاشعور. وقد دأبت على التعبير عن تلك المشاعر بطريقة مقنعة من خلال إيذائها الاندفاعى لكلبها، والذى جعلها تكره نفسها.

وبمصطلحات التحليل النفسى فإن المشكلة بينها وبين كلبها يمكن تصورها على أنها الحل الذى وجده الأنا للتوفيق بين حاجة الهو للإنفصال الانتقامى عن زوجها،

وبين الحكم الأخلاقى للأنا الأعلى عليها لتركها لأطفالها. وقد انعكس هذا التوفيق فى قدرة ماجى على القيام بترك زوجها بصورة انتقامية، دون أن تعانى شعورياً من الذنب والألم لتركها أطفالها. وقد وجد الأنا الأعلى طريقة لتحقيق مشاعر الذنب والألم من خلال معاملتها القاسية لكلبها، والتى كانت مختلفة أو متخفية بما فيه الكفاية عن حقيقة تركها لأطفالها، حتى تظل تلك الحقيقة خافية عن الوعى.

ومع وصولها للاستبصار الذى ربط بين مشاعر الألم والذنب وبين معاملته لكلبها، بدأت ماجى تشعر ببعض التغيرات الجوهرية. فلقد توقفت معاملتها القاسية لكلبها فوراً. وثانياً، بدأت تتكلم عن مشاعر الألم والذنب الحادة حول أطفالها الذين فقدتهم عندما هربت من زوجها. وكنتيجة لذلك فقد قررت فى النهاية أن تجمع شملها معهم، ونجحت فى ذلك فعلاً.

تعقيب على تطور الاهتمام التحليل النفسى :

مر التحليل النفسى بمراحل من الازدهار والانحسار (Ruth, 2011). فقبل الحرب العالمية الثانية كان هناك عدد محدود من المتخصصين في التحليل النفسى. وعندما نشبت الحرب العالمية الثانية بكل أهوالها زادت الحاجة للمتخصصين في العلاج النفسى لمساعدة المجندين الذين يعانون من المشكلات النفسية والتي من أهمها آثار الصدمات النفسية على المحاربين. وقد تم تعيين الكثير من الأخصائيين النفسيين في إدارة المحاربين القدماء. وفى نفس تلك المرحلة تم إنشاء المعهد القومى للصحة النفسية بالولايات المتحدة National Institute of Mental Health. كما تبنت بعض الجامعات المسار التحليلى في تدريب وإعداد الأخصائيين النفسيين. كما تزيد انتشار التحليل النفسى في عدد من البلاد الأخرى مثل بريطانيا والدول الاسكندنافية. وقد بلغ التحليل النفسى أوج انتشاره في منتصف الستينات وبدأ بعد ذلك في مسيرة الانحسار. ولعل من أهم أسباب هذا الانحسار رفض المحللين النفسيين إخضاع التحليل النفسى للدراسة العلمية المحكمة لتبيان مدى فاعليته أو كفاءته. كما أسهم في هذا الانحسار التكاليف الباهظة للتحليل النفسى الذى يتطلب إجراء جلسات التحليل النفسى خمس مرات في الأسبوع وذلك لعدة سنوات. كما أسهمت في ذلك ثورة العقاقير في الخمسينات واستخدام العقاقير النفسية في علاج الذهان. ولعل أهم المؤثرات في هذا الصدد ظهور أساليب جديدة للعلاج النفسى خاصة العلاج السلوكى والعلاج المعرفى.

١٠

الفصل العاشر

العلاج السلوكي: مقدمة

الفصل العاشر
العلاج السلوكى: مقدمة

لمحة تاريخية :

تعود بدايات الاتجاه السلوكى فى علم النفس إلى أوائل القرن الحالى. وقد ساد علم النفس قبل ذلك (فى أواخر القرن الماضى وبدايات القرن العشرين) اتجاهان رئيسيان؛ هما الاتجاه البنائى، والاتجاه الوظيفى. وقد اعتمد كلاهما على الاستبطان[١] منهجاً مقبولاً لدراسة حالات الشعور. إلى أن جاء واطسون وقاد الثورة السلوكية رافضاً الذاتية الغالبة على منهج الاستبطان. وقد استند واطسون كثيراً فى نظريته على دراسات الارتباطات الشرطى التقليدى التى قام بها بافلوف ورفاقه فى روسيا (الاتحاد السوفياتى سابقاً).

على أن من المكن أن نشهد أمثلة لاستخدام الأساليب السلوكية فى محاولة تغيير سلوك الإنسان منذ أقدم العصور فى التاريخ البشرى. فهناك الكثير من الأمثلة على استخدام أساليب الثواب والعقاب، أو الترغيب، والترهيب، أو الإقناع أو الإيحاء، أو التشجيع وإعطاء القدوة، وذلك بهدف تغيير السلوك غير المرغوب عند الأفراد أو الجماعات. بل إن القرآن الكريم حافل بالأمثلة على استخدام أساليب الترغيب والترهيب، خاصة بإعطاء صور حية تملأ الخيال فيستشعرها القارئ المتمعن، ويتأثر بها، وكأنما هى حقيقة لا خيال. وهو ما يذكرنا باستخدام المعالجين السلوكيين والمعرفيين المحدثين للمخيلة فى العلاج النفسى.

أما العلاج السلوكى بصورته الحديثة فيعود إلى أوائل القرن الحالى، وذلك عندما أجرى واطسون وراينر Watson & Rayner تجربتهما الشهيرة على الطفل ألبرت، وذلك فى سنة ١٩٢٠. وقد كانت روزالى راينر تلميذة لواطسون (وقد تزوجها فيما بعد). وقد طبقا فى هذه التجربة مبادىء الارتباط الشرطى الكلاسيكى لإحداث الخوف من الفئران عند أحد الاطفال. ولقد قام واطسون وراينر بإجراء تجربتهما على طفل صحيح يبلغ من العمر أحد عشر شهراً. واستهدفت التجربة إحداث استجابة الخوف من الفئران البيضاء عند الطفل ألبرت الذى لم يكن لديه أى خوف منها أصلاً. وعندما رأى الطفل الفأر لأول مرة بدا أنه يريد أن يلعب معه، ويحاول الاقتراب منه. وكلما

---

1 - Introspection.

حاول الطفل الاقتراب من الفأر أخذ المجرب فى إحداث صوت مرتفع جداً، وذلك بطرق قضيب معدنى خلف الطفل، مما كان يثير الفزع الشديد عند الطفل. وبعد تكرار ذلك الإجراء خمس مرات فقط أصبح الطفل يخاف جداً من مجرد رؤية الفأر. أى أنه حدث ارتباط شرطى بين الخوف من الصوت المرتفع وبين منظر الفأر الأبيض. وتفسر لنا هذه التجربة كيفية حدوث الخوف عن طريق الارتباط الشرطى. وقد لوحظ أيضاً حدوث عملية تعميم generalization لاستجابة الخوف، بحيث أصبح الطفل يخاف من الأشياء ذات الملمس المشابه لملمس الفأر، كالفراء والقطن.

وقد اقترح واطسون أن من الممكن التغلب على هذا الارتباط الشرطى من خلال استخدام بعض الطرق مثل الانطفاء التجريبى[٢]، أو من خلال إعادة الربط الشرطى، وذلك بإطعام الطفل الحلوى فى حضور الشيء الذى يخاف منه، أو بترتيب استجابة منافسة لاستجابة الخوف. إلاّ أنهما لم يحاولا تجربة أى من هذه الطرق مع الطفل ألبرت لأنه ترك المستشفى بعد ذلك.

وقامت مارى كفر جونز Mary Cover Jones بعد ذلك بقليل بإجراء تجربة تعتبر امتداداً لتجربة واطسون وراينر. فقد كانت تجربتها عبارة عن محاولة علاج الخوف بتطبيق أفكار واطسون. والجدير بالذكر أن مارى كفر جونز كانت صديقة لروزالى راينر، كما أنها كانت تستشير واطسون (الذى كان قد ترك الجامعة للعمل فى مجال الإعلان) فى تصميم برامج العلاج. وقد نشرت مارى كفر جونز تجربتها فى سنة ١٩٢٤ (Mary C. Jones, 1976, A). ولقد أجرت تجربتها على الطفل بيتر الذى كان يبلغ من العمر ثلاث سنوات، وكان يعانى من خوف شديد من الفئران البيضاء ومن الأشياء المشابهة كالمعطف المصنوع من الفراء، وكذلك من الأرانب. ولعلاج الطفل كان يتم إحضاره إلى المختبر مع ثلاثة أطفال آخرين ممن لم يكن لديهم أى خوف من الأرانب. وكان دور هؤلاء الأطفال هو إعطاء القدوة للطفل بيتر. وكان يتم فى البداية وضع الأرنب على بعد ١٢ قدماً من الأطفال الذين يلعبون معاً فى المختبر. وكان يتم تقريب هذه المسافة تدريجياً كل يوم. وفى النهاية أمكن جعل الطفل بيتر يلعب مع الأرنب ويلاطفه دون أن يظهر عليه الخوف. كذلك فقد اختفى خوفه من الأشياء المشابهة أو انخفض الخوف لديه انخفاضاً كبيراً.

وقامت مارى كفر جونز بإجراء دراسة أخرى للمقارنة بين سبعة أساليب لعلاج المخاوف (Mary C. Jones, 1924, B). وكانت الأساليب السبعة موضوع المقارنة على النحو التالى:

١- طريقة عدم الاستخدام disuse وذلك بعدم تعريض الطفل لموضوع الخوف.

---

2 - Experimental extinction.

٢- طريقة إقناع الطفل لفظياً verbal appeal.
٣- طريقة التكيف السلبى، وذلك بتعريض الطفل بشكل متكرر لموضوع الخوف.
٤- طريقة الكبت، وذلك بنقد الطفل وتأنيبه على خوفه.
٥- طريقة التشتيت، وذلك بإعطاء الطفل حلوى مثلاً حين يبكى.
٦- طريقة الارتباط الشرطى المباشر: بربط مثير الخوف بمثير آخر موجب، مثل إعطاء طعام فى حالة وجود موضوع الخوف على مسافة ملائمة يتحملها الطفل.
٧- طريقة المحاكاة الاجتماعية.

وقد أظهرت التجربة أن طريقتى الارتباط الشرطى المباشر والمحاكاة الاجتماعية (الأخيرتين) فقط نجحتا فى إزالة الخوف نجاحاً تاماً.

ورغم ما أظهرته هذه التجارب من نجاح فى التغلب على المخاوف باستخدام أساليب الارتباط الشرطى، فلقد ظلت هذه الحقائق بمنأى عن التطبيق الفعلى فى العلاج النفسى. وربما يرجع ذلك إلى أن مبادئ الارتباط الشرطى-المستمدة من دراسة الحيوانات فى المختبر- واجهت الرفض لأنها كانت فى نظر المعاجين النفسيين فى ذلك الوقت بالغة التبسيط، ولا تتعلق بعلاج المشكلات الانسانية الحقيقية التى تتصف بالتعقيد والتشابك. (G.T. Wilson & O'Leary, 1980). ومن التطبيقات العلاجية الجديرة بالذكر فى فترة ما قبل الحرب العالمية الثانية ابتكار عالم النفس الأمريكى ماورر Mowrer وزوجته لأسلوب الجرس والوسادة bell-and-pad لعلاج التبول الليلى عند الأطفال، والذى ما زال يستخدم حتى وقتنا الحاضر، وبنجاح كبير.

ولم يبدأ الموقف فى التغير إلاً بعد الحرب العالمية الثانية. وقد واكب ذلك التطور النمو المتزايد لخدمات الصحة النفسية بوجه عام، ولعلم النفس الاكلينيكى بشكل خاص. وكان هناك عدد من المؤشرات الهامة على هذا التغير. فلقد نشر ايزنك مقالاً فى سنة ١٩٥٢ بعنوان: "آثار العلاج النفسى: تقييم"، وكان من أكثر المقالات إثارة للجدل والخلاف. وفى هذا المقال انتهى أيزنك إلى أنه لا يوجد دليل علمى يؤيد القول بأن العلاج النفسى (التقليدى) فعال فى علاج الأمراض النفسية... ودعا المعالجين النفسيين إلى أن يثبتوا للناس ما يبرر استمرارهم فى ممارسة العلاج النفسى.

وقد حاول بعض علماء النفس الخروج من هذا المأزق من خلال علمنة نظرية التحليل النفسى. فقام ميلر ودولارد Miller & Dollard على سبيل المثال بإعادة صياغة نظرية التحليل النفسى على أساس علم النفس التجريبى ونظريات التعلم. (للمزيد من التفاصيل، أنظر مثلاً: عماد الدين اسماعيل، وآخرين، ١٩٥٩).

على أن حركة العلاج السلوكى لم تبدأ بالفعل كحركة شاملة لتطوير العلاج النفسى إلا فى منتصف الخمسينات، وذلك باستثناء بعض الأمثلة المتفرقة لاستخدام

مبادئ الارتباط الشرطى فى علاج بعض مشكلات السلوك. ففى الخمسينات يمكننا أن نلمح ثلاثة إسهامات بارزة فى تطور العلاج السلوكى وترسيخ قواعده.

الإسهامات الأساسية فى نشأة العلاج السلوكى:

أولاً: الارتباط الشرطى الفعال وتعديل السلوك:

ويتمثل أول هذه الإسهامات فى جهود سكينر وزملائه فى مجال الارتباط الشرطى الفعال operant conditioning. فبعد الوصول إلى صياغة المبادئ أو القوانين الأساسية لتعلم السلوك واكتسابه اتجه الاهتمام إلى تطبيق تلك المبادئ خارج المختبرات العلمية. وقام علماء النفس بمحاولة تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى الفعال فى مجال مساعدة الأشخاص المتخلفين عقلياً، والأشخاص الفصاميين، وفى علاج اللجلجة. وقد قام سكينر وزملاؤه فى أوائل الخمسينات بدراسة استخدام الارتباط الشرطى الفعال مع المرضى العقليين. كما استخدمت مبادئ الارتباط الشرطى الفعال –فى منتصف الخمسينات– على نطاق واسع فى الفصول الدراسية العامة وفى فصول التربية الخاصةً. وأثبتت هذه المبادئ قيمتها فى تعليم الأشخاص المتخلفين عقلياً، وكذلك المرضى العقليين المزمنين. وسمى هذا الاتجاه باسم التحليل التطبيقى للسلوك[٣]. ومازال لهذا الاتجاه أنصاره بين علماء النفس، كما أن هناك تنظيمات تجمع هؤلاء الأنصار خاصة رابطة التحليل السلوكى بالولايات المتحدة ABA.

ثانياً: ولبه والكف التبادلى:

أما الإسهام الثانى فيتمثل فى جهود ولبه Wolpe والتى شاركه فيها فى البداية ألبرت لازاروس A. Lazarus. وقد ركز ولبه على تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى كما طورها بافلوف Pavlov وتلاميذه. وابتكر ولبه أسلوباً جديداً فى العلاج السلوكى أصبح فيما بعد من أشهر أساليب العلاج السلوكى، ألا وهو أسلوب التطمين المنظم[٤] لعلاج المخاوف المرضية.

بدأ ولبه حياته المهنية كطبيب نفسى فى جنوب أفريقيا، ثم اتجه إلى تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى الكلاسيكى، ونظرية كلارك هل فى علاج المشكلات النفسية. وقد طور على أساس ذلك مبدأ الكف التبادلى[٥]. وتبعاً لهذا المبدأ فإنه إذا أمكن إحداث استجابة مضادة للقلق فى حضور المنبهات المثيرة للقلق بحيث يتم كف استجابة القلق

---

3 - Applied behavior analysis.

4 - Systematic desensitization.

5 - Reciprocal inhibition.

كلياً أو جزئياً، فإن ذلك يؤدى إلى إضعاف الرابطة بين تلك المنبهات واستجابات الخوف أو القلق. وقد استخدم ولبه وزملاؤه بعض أشكال السلوك المضادة للقلق مثل الاسترخاء العضلى، والسلوك الجرئ اجتماعياً فى أسلوب التطمين المنظم. وأثبت هذا الأسلوب نجاحه فى علاج المخاوف المرضية.

ثالثاً: أيزنك ومعهد الطب النفسى:

ويتمثل الإسهام الثالث فى كتابات وبحوث هانز أيزنك فى بريطانيا. فلقد وجه أيزنك انتقادات قوية للعلاج النفسى التقليدى (التحليلى)، وأكد أن نسبة الشفاء فى ذلك العلاج لا تزيد على نسبة الشفاء التلقائى الذى يحدث دون أى علاج على الإطلاق. وقد عرف أيزنك العلاج السلوكى على أنه عبارة عن تطبيق نظريات التعلم الحديثة فى علاج المشكلات السلوكية والانفعالية. وقام أيزنك وزملاؤه وتلامذته فى بريطانيا والولايات المتحدة وغيرها من البلدان بدور هام فى المراحل الأولى لتطور العلاج السلوكى. كما أسهم أيزنك وزملاؤه فى تدريب عدد كبير من المعالجين السلوكيين.

وفى الستينات حدث تطور هائل فى العلاج السلوكى، تمثل فى ابتكار الكثير من أساليب واستراتيجيات العلاج السلوكى، وكذلك فى اتساع نطاق استخدام العلاج السلوكى فى علاج المشكلات النفسية. على أن تلك التطبيقات الأولى للعلاج السلوكى اتصفت فى بعض الأحيان بالتبسيط الزائد الذى لا يتناسب مع تعقيد المشكلات النفسية، مما أثار حملة من النقد أدت بدورها إلى مزيد من التطوير لأساليب العلاج السلوكى. وبدأت تظهر بعد ذلك الاتجاهات والأساليب المعرفية فى العلاج، والتى تأخذ فى الاعتبار تلك الجوانب المعرفية المميزة للإنسان، مثل الأفكار، والاعتقادات، والمخيلة، وغيرها من الوظائف المعرفية الهامة.

وشهدت السبعينات مزيداً من النمو المطرد للعلاج السلوكى، ومزيدا من تراكم الخبرات والتجارب، وأصبح نجاح العلاج السلوكى وفعاليته موضع الاعتراف والقبول العام. واستمر الاهتمام بتطوير وتحسين الأساليب العلاجية، وابتكار وتطوير أساليب جديدة للعلاج.

العلاج السلوكى فى مصر :

كان كثير من المختصين فى علم النفس فى مصر على اتصال بالتطورات السلوكية فى العلاج النفسى. وقد اطلع المؤلف على كتاب ولبه المسمى Psychotherapy by reciprocal inhibition فى عام ١٩٦٠ عندما كان طالباً بدبلوم علم النفس التطبيقى. وقد استعار هذا الكتاب آنئذ من مكتبة المركز الثقافى الأمريكى بالقاهرة.

وفيما بعد شارك المؤلف مع بعض الزملاء فى استخدام العلاج السلوكى فى علاج المشكلات النفسية فى مستشفى بهمان بالقاهرة. وكان الدكتورمصطفى سويف يرأس الفريق السيكولوجى فى مستشفى بهمان للصحة النفسية فى حلوان. واستخدم الفريق أساليب التدعيم أو المكافأة فى تنمية السلوك لدى الأشخاص المعاقين عقلياً. وكان يتم تدريب المشرفين والمشرفات أو المرافقين على استخدام أسلوب التدعيم. وكان يتم أيضاً قياس التغيرات السلوكية باستخدام بعض الأساليب أو الأدوات مثل مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى، والتى كانت تطبق قبل العلاج، وتطبق بشكل دورى بعد ذلك. وتم أيضاً استخدام بعض أساليب العلاج السلوكى مثل أسلوب الاسترخاء العضلى، وأسلوب التطمين المنظم فى علاج المخاوف المرضية، وأسلوب التدريب السالب لعلاج اللازمات الحركية.. وقد تابع المؤلف عن كثب (خلال زيارته لبريطانيا لدراسات ما بعد الدكتوراة فى شتاء ١٩٧٥) استخدام برامج الاقتصاد الرمزى token economy فى علاج المرضى الفصاميين المزمنين، والتى كان يقوم بها روجر بيكر Roger Baker فى إحدى مستشفيات الصحة النفسية فى مدينة ليدز البريطانية.

تعريف العلاج السلوكى :

نظراً لتعدد الاتجاهات داخل حركة العلاج السلوكى فإن من الصعب أن نجد تعريفاً واحداً جامعاً مانعاً يرتضيه الجميع. وكما يقول كازدين وولسون فإن التعريف المبسط للعلاج السلوكى بأنه تطبيق نظريات التعلم الحديثة فى علاج المشكلات النفسية قد أصبح فى عداد التاريخ (Kazdin & Wilson, 1980). وقد أقرت رابطة تقدم العلاج السلوكى فى سنة ١٩٧٥ تعريفاً حاول أن يغطى كل الجبهات كما يرى سيريل فرانكس (C. Franks, 1994)، وما زال هذا التعريف يحظى بقبول عام. وتبعاً لهذا التعريف فإن "العلاج السلوكى يتضمن أساساً تطبيق المبادئ المشتقة من علم النفس التجريبى وعلم النفس الاجتماعى فى تخفيف المعاناة الإنسانية وفى تحسين أداء الإنسان لوظائفه. ويؤكد العلاج السلوكى على التقييم المنظم لفعالية تلك التطبيقات. كما يتضمن العلاج السلوكى تغيير البيئة والتفاعل الاجتماعى بدلاً عن التغيير المباشر للعمليات الجسمية بالوسائل الكيميائية. والهدف أولاً وقبل كل شئ هدف تربوى. ويسهل هذا الأسلوب حدوث التحسن فى التحكم الذاتى. ويتم عادة عند ممارسة العلاج السلوكى التفاوض حول اتفاق تعاقدى، يتم فيه تحديد الأهداف المرغوبة من كل من الطرفين (المريض والمعالج) كما أن المعالجين السلوكيين الذين يشعرون بالمسئولية يسترشدون بالمبادئ الأخلاقية التى تحظى بالقبول العام" (ibid, P. 99).

النموذج السلوكى للاضطرابات النفسية :

يختلف النموذج السلوكى عن النماذج الأخرى التحليلية والطبية. فهو يركز أساساً على السلوك، بدلاً عن العوامل اللاشعورية التى يركز عليها التحليل النفسى، أو التغيرات البيوكيميائية التى يركز عليها الطب النفسى. والسلوك هو عبارة عن الاستجابات أو الأفعال التى يقوم بها الكائن الحى. وهناك ثلاث فئات من الاستجابات: الحركية، والفسيولوجية، والمعرفية.

وتشمل فئة الاستجابات الحركية أفعالاً مثل: المشى، والأكل، والكتابة، والحركة، الخ. وتشمل فئة الاستجابات الفسيولوجية استجابات مثل سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم، وتوصيل الجلد للكهرباء، والتوتر العضلى. أما فئة الاستجابات المعرفية فتشمل الادراك، والتفكير، والتصور الذهنى، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات. وأهم ما يميز النظرة السلوكية ذلك التركيز على مبدأين رئيسيين:

١- الموضوعية، فى إجراء الملاحظات والتجارب.
٢- الإجرائية فى تعريف المصطلحات والمفاهيم.

وبالنسبة للمتغيرات المعرفية يتعين ربطها بالمتغيرات السلوكية المصاحبة لها، مثال ذلك قياس الخيال الجنسى من خلال آثاره على التغيرات الفسيولوجية فى الأعضاء التناسلية، وذلك باستخدام الأجهزة العلمية الخاصة بذلك.

التيارات الرئيسية فى العلاج السلوكى :

هناك عدد من الاتجاهات المختلفة داخل نطاق العلاج السلوكى. وتعكس هذه الاتجاهات المختلفة مواقف نظرية مختلفة حول طبيعة السلوك الإنسانى، أو تركيزاً على استخدام أساليب بعينها فى العلاج، أو استخدام استراتيجيات معينة فى تقييم آثار العلاج. ورغم تعدد هذه الاتجاهات المختلفة، فإنها لا تتعارض مع بعضها البعض. فكلها تنتمى إلى حركة واحدة تربط فيما بينها، ألا وهى حركة العلاج المبنى على أساس مناهج الدراسة العلمية للسلوك، ونتائج تلك الدراسة.

أولاً: التحليل السلوكى التطبيقى:

يستند التحليل السلوكى التطبيقى بشكل مباشر على نظرية سكينر B. F. Skinner المسماة بنظرية الارتباط الشرطى الفعال[٦]. ويستهدف التحليل السلوكى التطبيقى تغيير أشكال السلوك مع التركيز على:

---

6 - Operant conditioning.

أ – مظاهر السلوك القابل للملاحظة والتى يراد تغييرها.
ب– الظروف البيئية المحيطة والتى تتحكم فى ظهور السلوك وفى زيادته أو نقصانه.

فالسلوك موضوع التعديل سلوك محدد يمكن ملاحظته وتقدير كميته وتحديد مدى الزيادة أو النقصان فيه. وأما الظروف البيئية فهى أساساً المدعمات[٧]، وما يرتبط بتلك المدعمات من منبهات بيئية. ولعل أهم ما يميز التحليل السلوكى التطبيقى ذلك التركيز على السلوك الظاهرى فى المواقف التى يحدث فيها السلوك، واستخدام وسائل التدخل التى تعتمد على تغيير البيئة المحيطة بالفرد. ذلك لأن سلوك الفرد يتأثر بما يترتب عليه من نتائج سلبية كانت أو إيجابية، سارة أو مؤلمة.

فالتحليل السلوكى يعمل على تغيير السلوك بالتحكم فى المتغيرات البيئية المحيطة به. وتشمل الأساليب المستخدمة أساليب التدعيم، والعقاب، والانطفاء، وضبط المنبهات[٨] (أنظر مثلا: م. فراج، س. الملا، ١٩٧٦). وقد اشتق معظم هذه الأساليب من الدراسات المعملية للسلوك.

وقد استخدمت أساليب التحليل السلوكى التطبيقى بنجاح كبير مع الأشخاص ذوى الإعاقات كالمتخلفين عقلياً، وكذلك المرضى العقليين المزمنين. ثم اتسع نطاق الاستـــخدام ليشمل فئات أخـــرى عديدة من الأسوياء كما هو الحال فى الصفوف المدرسية.

ثانياً: العلاج السلوكى التقليدى:

ويستند العلاج السلوكى التقليدى إلى حد كبير على نظرية بافلوف فى الارتباط الشرطى، بجانب اسهامات كلارك هل، وجثرى، وماورر، وميلر. وقد استهدف المعالجون السلوكيون تطبيق هذه النظريات على علاج السلوك المرضى. والنموذج السلوكى لهذا العلاج هو نموذج المثير– الاستجابة، والذى تقوم فيه المتغيرات الوسيطة والمفاهيم الفرضية بدور بارز. ومن أهم تلك المفاهيم الفرضية مفهوم الخوف أو القلق. وقد استخدمت المخيلة فى هذا العلاج، حيث يطلب من المريض تخيل المواقف أثناء العلاج بالتطمين المنظم مثلاً. إلاّ أن الفرض الأساسى عندئذ هو أن هذه العمليات المستترة[٩]، تتبع نفس القوانين الخاصة بالسلوك الظاهرى.

ومن أشهر الأساليب العلاجية فى هذا التيار أسلوب التطمين[١٠]، وأسلوب

7 - Reinforcers.
8 - Stimulus control.
9 - Covert.
10- Systematic desensitization.

الغمر[١١]. ويستخدم هذان الأسلوبان فى العمل على إحداث الإنطفاء للعلاقة القائمة بين المنبهات المحايدة (موضوع الفوبيا)، والقلق.

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعى:

ترتبط نظرية التعلم الاجتماعى ارتباطاً وثيقاً باسم ألبرت باندورا Albert Bandura الذى طور ما أسماه بالتعلم من خلال القدوة[١٢] والتعلم من خلال العبرة[١٣]. وينطوى التعلم بأسلوب القدوة على ملاحظة السلوك المراد تعلمه عندما يقوم به الشخص القدوة. ويحدث التعلم من خلال الملاحظة فقط دون حاجة إلى استخدام التدعيم المباشر للسلوك النوعى المطلوب تعلمه.

ويؤكد باندورا أن السلوك دالة للتفاعل بين ثلاثة عوامل رئيسية هى: السلوك، والبيئة، والعوامل المعرفية. وتؤكد هذه النظرية أيضاً على قدرة الإنسان على تغيير سلوكه بالتوجيه الذاتى، وذلك من خلال العمليات المعرفية. فسلوك الفرد يتأثر بثلاث فئات من العوامل المؤثرة:

أ – **المنبهات الخارجية:** وهذا ما تركز عليه نظرية الارتباط الشرطى التقليدى لبافلوف.

ب– **المدعمات التى تعقب السلوك:** وهو ما اهتمت به نظرية الارتباط الشرطى الفعال لسكينر.

ج– **العمليات المعرفية الوسيطة:** فكل من المنبهات والمدعمات إنما هى مصدر للمعرفة التى يستخدمها الفرد لمعرفة السلوك الملائم فى أى موقف من المواقف. وبالتالى تصبح هذه العمليات المكتسبة هادياً لسلوك الفرد. وعلى خلاف النظريات التقليدية يرى أصحاب الاتجاه السلوكى المعرفى أن عواقب السلوك أو نتائجه تؤثر على السلوك أو تغيره من خلال عمليات وسيطة هى عمليات التفكير. فالسلوك هو عبارة عن دالة للتفاعل بين البيئة وبين العوامل المعرفية والداخلية الأخرى. وهناك تفاعل مستمر وتبادل للتأثير والتأثر بين العناصر الثلاث لهذه المعادلة: السلوك، والبيئة، والعوامل المعرفية. كذلك فإن نظرية التعلم الاجتماعى تؤكد على قدرة الانسان على تغيير سلوكه بالتوجيه الذاتى، وذلك من خلال العمليات المعرفية.

11- Flooding.

12- Modeling.

13- Vicarious learning.

رابعاً: العلاج السلوكى المعرفى:

لا شك أن علم النفس قد أخذ فى السنوات الأخيرة مساراً معرفياً. وأصبح هذا المسار بمثابة الاتجاه السائد فى علم النفس بوجه عام. وقد واكب ذلك فى نفس الوقت اهتمام متزايد لدى المعالجين السلوكيين بالمفاهيم المعرفية كالتفكير والصور الذهنية والمخيلة وغير ذلك من المفاهيم المعرفية. والجديد أن علم النفس قد ربط هذه المصطلحات ربطاً تجريبياً بالمتغيرات القابلة للملاحظة، وذلك لكى يتمشى مع المتطلبات المنهجية للعلم.

ومن أبرز أعلام هذا الاتجاه ألبرت اليس Albert Ellis فى نيويورك، والذى طور العلاج النفسى الذى يسمى (حالياً) باسم العلاج العقلانى السلوكى المعرفى Rational Emotive Behavior Therapy. وقد ظل ألبرت إليس يستخدم هذا العلاج خارج نطاق العلاج السلوكى، إلى أن اتسع نطاق العلاج السلوكى نفسه فيما بعد، وأصبح أكثر تقبلاً واستيعاباً للمفاهيم المعرفية. ومن أعلام هذا الاتجاه أيضاً آرون بيك Aaron Beck فى بنسيلفانيا، مؤسس مايسمى بالعلاج المعرفى؛ وكذلك مايكنبام Meichenbaum فى كندا والذي طور نظريته المسماة بالتعديل السلوكى المعرفى Cognitive Behavior Modification.

تلك هى أهم الاتجاهات الرئيسية فى العلاج السلوكى-المعرفى. ورغم تعدد هذه الاتجاهات فإن هناك عناصر أساسية مشتركة فيما بينها. ونستطيع أن نوجز أوجه التشابه فى أمور ثلاث:

١- نموذج للسلوك الإنسانى يختلف اختلافاً جوهرياً عن النموذج الذى قدمه العلاج النفسى الدينامى أو التقليدى.
٢- الالتزام بالمنهج العلمى وبما يقتضيه من الموضوعية فى الملاحظات، وبالإجرائية فى تعريف المصطلحات، وباستخدام أساليب القياس الكمى والضبط فى تحديد المشكلات وأهداف العلاج وتقييم نتائج العلاج.
٣- التحديد الدقيق لطرق العلاج بحيث يستطيع أى معالج آخر أن يعيد استخدامها.

وقد عرض ويلسون وأوليرى (Wilson & O'Leary, 1980, P.25) للمبادئ الجوهرية للعلاج السلوكى على النحو التالى:

١- أن اكتساب السلوك المرضى واستمراره يتم وفقاً لنفس المبادئ التى تنطبق على السلوك السوى.
٢- أن معظـــم السلوك المرضى يمكن تعديله من خـــلال تطبيق مبادئ التعلم الاجتماعى.

٣- أن تقدير السلوك وقياسه عملية مستمرة تركز على فحص المحددات الحاضرة للسلوك.
٤- أن أفضل وصف ممكن للشخص يتم بتحديد كيف يفكر ويشعر ويتصرف فى مواقف نوعية محددة.
٥- أن العلاج مستمد من النظريات والنتائج التجريبية لعلم النفس العلمى خاصة مبادئ التعلم الاجتماعى.
٦- أن طرق العلاج محددة تحديداً دقيقاً، بحيث أنها قابلة للإعادة replicable ويمكن تقييم فعاليتها موضوعياً.

١١

الفصل الحادي عشر
أساليب العلاج السلوكي

الفصل الحادي عشر
أساليب العلاج السلوكي

نعرض هنا لبعض أساليب العلاج السلوكى التى أثبتت فعاليتها فى علاج الاضطرابات النفسية. غير أننا لا نهدف هنا إلى حصر كل أساليب العلاج السلوكى، بل سيقتصر الحديث على أهم أو أشهر تلك الأساليب. وننوه هنا بأن العلاج السلوكى فى تطور مستمر يتضح في تطوير أساليب جديدة للعلاج لم تكن موجودة من قبل. فالعلاج السلوكى باعتباره تطبيقاً لعلم النفس العلمى (المنهجى) يفتح المجال أمام الإبداع العلمى للمعالجين السلوكيين لابتكار أساليب جديدة كل ما يشترط فيها هو استيفاء الشروط العلمية كالموضوعية، والقابلية للإعادة، وأن تثبت نجاحها فى تغيير السلوك. ولعل أشهر وأهم أساليب العلاج السلوكى على وجه الإطلاق أسلوب التطمين المنظم.

أولاً: أسلوب التطمين المنظم :

تمتد الجذور المباشرة لأسلوب التطمين المنظم إلى معمل علم النفس التجريبى، خاصة تلك التجارب التى أجريت فى مجال العصاب التجريبى[1]. والنموذج الأساسى لهذه التجارب هو وضع حيوان (قط مثلاً) داخل قفص، ثم إعطاؤه صدمة كهربية. وبعد ذلك نلاحظ أن الحيوان بدأت تظهر عليه بعض التصرفات ومظاهر السلوك التي تعكس الخوف والتوتر. ومن بين تلك المظاهر أن الحيوان يرفض تناول الطعام داخل هذا القفص الذى تلقى فيه الصدمة مهما كان جائعاً. ولكن إذا تم إخراج الحيوان من القفص فإنه تظهر عليه درجة أقل من مظاهر الخوف، حيث يبدأ يتحرك بحرية فى المعمل. كذلك تقل مظاهر الخوف عندما نضع هذا الحيوان فى معامل أخرى تقل درجة مشابهتها للمعمل الأول. وعندما تقل درجة إثارة الخوف فى حجرة بعينها يمكن للقط حينئذ تناول الطعام من جديد. ويؤدى تكرار تقديم الطعام فى هذه الحجرة إلى اختفاء علامات القلق فيها. والخطوة التالية هى تقديم الطعام للقط فى الحجرة التالية فى درجة مشابهة حجرة المعمل الأصلية التى حدثت فيها الصدمة. وعندما يصل الموقف إلى اختفاء القلق فى هذه الحجرة الثانية نتيجة لإطعام القط فيها يمكن الانتقال إلى الحجرة التالية. وهكذا نتدرج فى إطعام القط وكف مخاوفه إلى أن نصل إلى الحجرة

---

1 - Experimental neurosis.

الأصلية وإلى القفص الأصلى نفسه الذى حدثت فيه الصدمة الأصلية. وبذلك يتم إلغاء كل مظاهر الخوف عند القط.

وقد أجرى ماسرمان Masserman عددا من التجارب التى تشبه إلى حد كبير هذا النموذج التجريبى. وكانت تلك التجارب ذات دلالة خاصة باعتبارها حلقة هامة فى سلسلة التطورات التى أدت إلى نشوء العلاج بالتطمين المنظم. وإن كنا نلاحظ أن التفسيرات التى أعطاها ماسرمان نفسه كانت باصطلاحات علم النفس الدينامى التقليدى على أساس أن المسألة هى عبارة عن صراع بين الدوافع.

وأجرى ولبه تجارب مشابهه لاختبار فروضه المبنية على أساس من نظريات التعلم من حيث أن العصاب التجريبى يخضع لقوانين الارتباط الشرطى، والتعميم، والتمييز والانطفاء (أو التشريط المضاد). وقد أيدت التجارب المعملية تلك الفروض. وأوضحت التجارب أن الانطفاء وحده لم يكن كافياً للتغلب على استجابات العصاب التجريبى. وقد أمكن التغلب عليها من خلال ما أطلق عليه اصطلاح الكف المتبادل[٢] لاستجابات القلق الضعيفة عن طريق الطعام.

وبعد أن أكدت هذه التجارب أن العصاب التجريبى عند الحيوان يخضع لقوانين التعلم، كانت الخطوة التالية هى التحقق من أن العصاب عند الإنسان يتبع نفس القوانين والمبادئ فى تكوينه وفى تغييره أو إلغائه. وقد اتضح من الدراسات التى أجراها ولبه صحة هذه النظرية. مع ملاحظة إضافة عنصر العمليات الرمزية الوسيطة عند الإنسان. ويتضح ذلك فى أن التعميم عند الإنسان لا يسير تبعاً للخصائص الفيزيقية للمنبهات بل تبعاً لدلالتها أو معانيها (Wolpe, 1970) كما يلاحظ أن الاستجابات المضادة للقلق لا تقتصر بالضرورة على تناول الطعام. بل إن هناك أنواعاً أخرى من الاستجابات التى يمكنها كف القلق ومنها الاسترخاء العضلى، والاستجابات الجنسية.

ولقد أخذ ولبه أسلوب الاسترخاء المتدرج عن إدموند جاكوبسون Jacobson. وقد وجد ولبه فى هذا فى الاسترخاء أسلوباً لكف القلق لا يتطلب من المريض القيام بأى نشاط حركى نحو مصدر القلق. وسرعان ما اكتشف ولبه أيضاً أن المريض لا يحتاج إلى قدر هائل من الاسترخاء لكى يستطيع كف المخاوف الكبرى. وهنا بدأ ولبه ينظم عملية كف المخاوف على أساس متدرج. وأما بالنسبة لمثيرات القلق فلقد استخدم ولبه فى البداية المنبهات الفعلية الحية. وعندما وجد صعوبة فى استخدام المنبهات الحية أحياناً بدأ فى تجربة استخدام المواقف المتخيلة والتى يمكن أن تثير درجات مختلفة من القلق عند الفرد. (J. Wolpe, 1970)

---

2 - Rreciprocal inhibition.

والفكرة الأساسية لاستخدام أسلوب التطمين المنظم هي استخدام الاسترخاء العضلي كاستجابة مضادة للقلق. فعندما يكون الاسترخاء العضلي أعمق وأقوى من القلق فإنه يؤدي إلى كف ذلك القلق. ولهذا فمن المهم أن تتم المواجهة بين الاسترخاء والقلق حسب نظام معين يضمن أن يكون الاسترخاء أقوى دائماً من استجابة القلق التي يراد كفها. وبناءً على ذلك يتم ترتيب المنبهات المثيرة للقلق ترتيباً تصاعدياً، يبدأ من المنبهات التي تثير أدنى درجات القلق، حتى نصل إلى المنبهات التي تثير أعلى درجات الخوف والقلق. ونبدأ بمواجهة المنبه الذي يثير أدنى درجات القلق باستجابة الاسترخاء العميق.

ومع تكرار المواجهة بينهما يؤدي الاسترخاء إلى كف القلق وبالتالي يفقد المنبه خاصية إثارة القلق. ويترتب على ذلك أيضاً حدوث عملية تعميم لهذا الكف (الذي حدث للقلق) إلى المنبهات التي تثير درجات أعلى من القلق. بمعنى أن مقدار القلق المتعلق بالمنبه الأعلى مباشرة (من المنبه الذي تم خفض القلق المتعلق به) يطرأ عليه شيء من الانخفاض بصورة تلقائية. أي أنه يصبح أقل إثارة للقلق عما كان عليه من قبل. وبالطبع يسهل ذلك من خفض القلق المتعلق بالمنبه التالي في مدرج القلق. وهكذا يؤدي خفض القلق المتصل بأي منبه إلى انخفاض القلق المرتبط بالمنبهات التالية في مدرج القلق. ولنأخذ كمثال على ذلك حالة الشخص الذي يعاني من الخوف من الأماكن المرتفعة. فإطلال هذا الشخص من نافذة بالطابق الثاني يؤدي مثلاً إلى درجة واحدة، أو وحدة واحدة من القلق. بينما يؤدي إطلاله من نافذة بالطابق الثالث إلى وحدتين من القلق. وعندما نقوم بإجراءات العلاج، فإن كف القلق المترتب على النظر من نافذة الطابق الثاني، وخفضه إلى الصفر يؤدي إلى انخفاض مقدار القلق المترتب على النظر من نافذة الطابق الثالث إلى درجة واحدة أو وحدة واحدة بدلاً عن وحدتين (ibid).

عناصر أسلوب التطمين المنظم:

يشتمل أسلوب التطمين المنظم على ثلاث عناصر رئيسية :

١- التدريب على الاسترخاء العضلي.

٢- بناء مدرج القلق.

٣- المواجهة بين الاسترخاء وبين المنبهات التي يشتمل عليها مدرج القلق.

وسوف نتناول كل عنصر من هذه العناصر بشيء من التفصيل.

أولاً: التدريب على الاسترخاء:

يعتمد أسلوب الاسترخاء العضلى على الاستفادة من تلك الطرق التى طورها جاكوبسون ونشرها فى سنة ١٩٢٩ فى كتاب بعنوان الاسترخاء المتزايد Progressive Relaxation. إلاً أن أسلوب ولبه أكثر اختصاراً، حيث يتم تدريب المريض على الاسترخاء فى ست جلسات فقط. كما يطلب من المريض عادة ممارسة التدريب مرتين على الأقل بالمنزل لمدة ١٥ دقيقة فى كل مرة. وسوف نعرض هنا أسلوب الاسترخاء كما قدمه ولبة نفسه (J. Wolpe, 1969). ويتم تقديم أسلوب الاسترخاء للمريض على أنه جزء هام من عدته فى مواجهة القلق والتغلب عليه.. كما نعطيه بعض الأمثلة على تأثير الاسترخاء العضلى فى الحياة اليومية على تحقيق الهدوء النفسى (كما هو الحال عند الاستلقاء على الفراش). كذلك فإن التدريب العميق على الاسترخاء يعطى للشخص أداة يستطيع بها التحكم فى انفعالاته.

ويتم تدريب الشخص على إرخاء المجموعات العضلية بطريقة منظمة. ومن الممكن البدء بأى مجموعة عضلية. إلا أن ولبه يفضل البدء بعضلات الذراعين لسهولة استخدامهما فى أغراض التوضيح. كما يسهل أيضاً التأكد من درجة استرخائهما. ويلي ذلك مجموعة عضلات الرأس لأن استرخاء هذه العضلات له تأثير جيد فى كف القلق بصورة واضحة.

وفى بداية التدريب يطلب من المريض أن يقبض على مسند أو ذراع الكرسى بإحدى يديه لنرى مإذا كان يستطيع أن يميز أية فروق كيفية بين الإحساسات التى فى الساعد وتلك التى فى اليد ... ونطلب منه أن يلاحظ نوعية الإحساسات التى بالساعد لأنها ناتجة عن التوتر العضلى، وذلك بالمقارنة بين إحساسات اللمس والضغط باليد، كما نطلب منه أيضاً أن يلاحظ مكان التوترات بالساعد فى حالة استخدام العضلات القابضة والعضلات الباسطة. وفى الخطوة التالية يقوم المعالج بإمساك رسغ المريض ويطلب منه أن يحاول أن يثنى ذراعه فى مواجهة مقاومة المعالج لذلك. ويمكن ذلك من زيادة وعى المريض بالتوتر فى عضلة الذراع الأمامية القابضة biceps، ثم يطلب منه إرخاء عضلات الذراع وإراحتها. وبعد ذلك يطلب منه (مع إمساك المعالج لرسغه) أن يحاول بسط أو مد ذراعيه فى مواجهة مقاومة المعالج لذلك. ويوجهه المعالج إلى أن يلاحظ وأن يتنبه إلى التوتر والشد فى عضلات الذراع الخلفية الباسطة triceps الموجودة خلف العضد. ثم يترك المعالج رسغ المريض ويدعه يستريح على ذراع الكرسى، مع توجيهه إلى إرخاء عضلات الذراع وجعلها تسترخى أكثر فأكثر.

وعندما نتأكد من فهم المريض للتعليمات ولعملية الاسترخاء نطلب منه أن يضع يديه على ساقيه أثناء الجلوس، وأن يقوم بإرخاء عضلاتهما لبضع دقائق، ويوجهه

المعالج إلى ملاحظة أية إحساسات تحدث فى ذراعيه مثل الدفء أو التنميل أو الارتياح.. فأحد الأهداف الهامة للاسترخاء زيادة وعى المريض أو إحساسه بالتوتر أو الاسترخاء فى عضلاته، وذلك للوصول إلى مزيد من الاسترخاء، مع الاستمتاع بما يحققه الاسترخاء من راحة للعضلات.

وقد يجد بعض المرضى شيئاً من الصعوبة فى الوصول إلى الاسترخاء الكامل للعضلات فى بداية التدريب وهنا يجب على المعالج أن يطمئن المريض على أن القدرة على الاسترخاء هى إحدى المهارات التى يمكن أن تكتسب وأن تتحسن بالتدريب.. وأنه وإن كان قد استغرق وقتاً طويلا نسبياً فى إرخاء عضلات الذراعين، إلا أنه عند نهاية التدريب سيكون قادراً على إرخاء كل عضلات الجسم فى دقيقة أو دقيقتين.

وفى الجلسة التالية يبدأ المعالج درس الاسترخاء بأن يذكر للمريض أن أهم عضلات الجسم على وجه الإطلاق من الناحية الانفعالية هى تلك العضلات التى توجد فى منطقة الرأس وما حولها. وأن هذه المجموعة من العضلات هى محور تلك الجلسة. ويبدأ التدريب بأن يطلب من المريض أن يقبض أو يشد عضلات الجبهة، وتمتاز عضلات الجبهة بأنها نموذج جيد لتوضيح الطابع المتدرج لتدريبات الاسترخاء. ويقوم المعالج برفع حاجبيه لأعلى مع شد عضلات وجهه بقوة، ويشير إلى أن ذلك يعطى تعبيراً يتصف بالقلق. ثم يقول للمريض سوف أقوم بإرخاء هذه العضلات بطريقة منظمة لإعطائك فكرة عن الطبيعة المتدرجة التى يتناقص بها التوتر من خلال الاسترخاء العميق.. ثم يقوم بعدئذ بإرخاء العضلات المشار إليها، مع التدرج فى ذلك خطوة فخطوة كل خمس ثوان، إلى أن يتم إرخاؤها جميعاً ولا يكون هناك تغير يذكر بعد ست محاولات تقريباً. ورغم ذلك ننبه المريض إلى أن عملية الاسترخاء ما زالت مستمرة، وأن هذا الاسترخاء الذى يحدث على السطح هو ما يهمنا فى الوصول إلى المشاعر المطلوبة. وبعد ذلك يطلب من المريض أن يشد عضلات الجبهة بأكبر قدر ممكن، ثم يتم إعطاؤه حوالى عشر دقائق لإرخائها بأكبر قدر ممكن. وكثيراً ما يذكر المرضى للمعالج حينئذ أنهم يحسون إحساساً عميقاً بالاسترخاء فى الجبهة. وتشير هذه الاحساسات إلى درجة من الاسترخاء أعمق من الدرجة المعتادة للعضلات.

ثم ينتقل المعالج بعد ذلك إلى العضلات الموجودة بمنطقة الأنف فيطلب من المريض أن يشد عضلات الأنف وما حولها. كما ينبهه إلى العضلات المحيطة بالفم وذلك بأن يطلب منه أن يزم شفتيه بقوة، ثم يطلب منه بعد ذلك إرخاء عضلات الفم والأنف أيضاً. وفى الجلسة التالية يطلب المعالج من المريض أن يعض على أسنانه، وبذلك يشد كلاً من عضلات الصدغين والعضلات الخاصة بعملية المضغ. وعندما تسترخى هذه العضلات تنفرج الشفتان بضعة مليمترات قليلة. ولا يمكن إرخاء

عضلات المضغ إذا ظل الفم مقفلاً بإحكام.. وبالطبع لا يعنى ذلك القول بأن الفم المفتوح دليل على الاسترخاء.

ويقدم ولبه أيضاً فى نفس الجلسة التدريب على إرخاء عضلات اللسان. ويمكن الشعور بانقباض عضلات اللسان وذلك بضغط عضلات اللسان على قاع الفم، وذلك بأن يضغط المريض لسانه بقوة لأسفل فى مواجهة الجانب الداخلى للأسنان. ويمكن أن يؤدى إرخاء عضلات اللسان إلى إحساسات موضعية من قبيل التنميل أو الشعور بتضخم اللسان.

ومن العضلات التى يهتم بها المعالج أيضاً عضلات إنسان العين. ويتم شد العضلات أولاً بأن يطلب من المريض أن يحرك عينيه (بالنظر) يميناً ويساراً، وإلى أعلى وأسفل.

وتتعلق الخطوة التالية بالتدريب على ارخاء عضلات العنق والكتفين. والهدف الأساسى هنا هو تلك العضلات التى تقع خلف العنق، وهى العضلات التى تستخدم عادة للمحافظة على الوضع المنتصب للرقبة، ويستطيع معظم الناس التنبه إلى تلك العضلات، وذلك بتركيز الانتباه على الإحساسات الخاصة بمؤخرة العنق. وعندما يتم إرخاء هذه العضلات فإن الرأس قد تسقط إلى الأمام على الصدر أو أن تسقط إلى الخلف حيث يمكن إسنادها على ظهر الكرسى إذا كان مريحاً. ويلاحظ أن هذه العضلات تحتاج إلى قدر أكبر من التدريب.

وبالنسبة لاسترخاء عضلات الكتفين فيتبع فى ذلك الخطوات التالية: يتم رفع الكتفين إلى أعلى لفترة من الوقت. وبعد ذلك يترك الكتفان ليعودا إلى موضعهما الأصلى بمزيد من الاسترخاء.. وفى خطوة أخرى يتم شد الكتفين إلى الأمام، وكذلك إلى الخلف وذلك كى يزداد شعور المريض بالعضلات المشدودة فى هذه المنطقة، ثم يطلب منه بعد ذلك إرخاء تلك العضلات.

ويركز الدرس التالى فى الاسترخاء على عضلات الظهر والبطن والصدر. وبالنسبة لعضلات الظهر يتم شدها عن طريق تقويس الظهر إلى الخلف. أما عضلات البطن فيتم شدها كما لو كان الشخص يتوقع لكمه فى بطنه. ويتم إرخاء العضلات بعد شدها مباشرة. أما عضلات التنفس والصدر فيتم إرخاؤها عن طريق التنفس العميق المنتظم. فأخذ شهيق عميق ثم التوقف لثوان معدودة (خمس ثوان) ثم عمل زفير هادئ بطيء يزيد من إحساس الشخص بالعضلات المتصلة بالتنفس وانتباهه إلى هذه العضلات، ويعطى هذا التنفس العميق إحساساً مريحاً بالاسترخاء.

وبالنسبة لاسترخاء الأطراف السفلى للجسم يبدأ ولبه عادة بالقدمين ويتدرج بعد ذلك إلى العضلات الأخرى. ويتم ثنى أصابع القدمين (داخل الحذاء) مما يشد

العضلات الخاصة بها، ثم يتم إرخاؤها بعد ذلك. وأما عضلات ربلة (أو سمانة) الساق فيتم شدها بالضغط على القدم أو شده إلى الأمام. كما يتم شد العضلات الأمامية للساق أسفل الركبة وذلك بثنى القدم وشده إلى الخلف. ويمكن عن طريق مد أو فرد الساق (أى شدها بعيدا عن الجسم) أن يقوم الفرد كذلك بعملية شد العضلات التى تقع أعلى الركبة بجانب العضلات الأخرى (J. Wolpe, 1970).

ويلاحظ أن هناك بعض الطرق الأخرى التى تستخدم لتحقيق الاسترخاء العضلى، منها استخدام المخيلة وذلك بتخيل الشخص لبعض المشاهد المريحة أو السارة، مثل مشاهد الطبيعة الجميلة. ويلاحظ أن هناك فروقاً فردية فى هذا الصدد. فبعض المشاهد المريحة لأحد الأفراد قد تكون مثيرة للتوتر عند فرد آخر. فمنظر المياه أو البحر يمكن أن يساعد على الاسترخاء عند كثير من الناس، إلا أنه يمكن أن يكون مثيراً للقلق عند بعض الأفراد الآخرين نتيجة لخبراتهم السابقة مع تلك المشاهد. كما يؤدى تكرار الشخص (فى ذهنه) لبعض الكلمات الخاصة واستشعاره لمعانيها إلى تحقيق الاسترخاء. وهناك أيضاً أساليب المردود الحيوى biofeedback، وذلك باستخدام الأجهزة السيكوفسيولوجية. وقد يجد بعض المرضى صعوبة فى الاسترخاء. وهنا قد يستعين المعالج ببعض الأساليب الأخرى للتغلب على هذه المشكلة، مثل تحويل المريض إلى الطبيب النفسى لوصف بعض الأدوية التى تساعد على الاسترخاء، وذلك لمدة وجيزة فى بداية التدريب على الاسترخاء. أو قد يتم استعمال أساليب التنويم بعد شرحها والاتفاق مع المريض على استخدامها. كما تستعمل أحياناً بعض التسجيلات الصوتية التى تحاكى صوت الأمواج أو البحر أو حفيف الشجر أو الموسيقى الهادئة.(C. E. Walker, 1981)

بناء مدرج القلق:

يعتبر بناء مدرج القلق عنصراً هاماً وأساسياً من عناصر أو مكونات أسلوب التطمين المنظم. ويتوقف نجاح العلاج على سلامة تكوين مدرج القلق. ويشتمل مدرج القلق على المنبهات المثيرة للقلق والتى يربط بينها خيط واحد أو موضوع واحد. وفى العادة يجد المعالج النفسى أن عليه بناء أكثر من مدرج واحد للقلق وذلك تبعاً للموضوعات أو المجالات المختلفة المثيرة للقلق عند المريض.

ويعتمد بناء مدرج القلق على المعلومات التى يتم تجميعها بأساليب التقدير أو الفحص المختلفة، ومن بين هذه الأساليب:

١- استخبار ويلوبى Willoughby Questionnaire، وهو استخبار يدور حول المواقف المختلفة المثيرة للقلق خاصة فى المواقف الاجتماعية.

٢- تاريخ الحالة الخاص بالمريض.
٣- استمارة المخاوف Fear Survey Schedule.
٤- المناقشة خلال المقابلة الاكلينيكية.
٥- المهام المنزلية assignments التى يكلف بها المريض، كأن يطلب منه أن يدون الأشياء أو المواقف التى تمر به خلال حياته اليومية، والتى تؤدى إلى شعوره بالقلق.

وبعد تجميع هذه المعلومات المختلفة يقوم المعالج بتصنيف مثيرات القلق وتحديد درجة ما يسببه كل منها من قلق. ويتم التصنيف تبعاً للموضوعات المختلفة بحيث يتم تكوين قائمة بمثيرات الخوف المتعلقة بكل مجال على حدة. ويتطلب هذا التصنيف حنكة وحساً اكلينيكياً مرهفاً من جانب المعالج، نظراً لأن بعض مثيرات القلق قد تبدو ظاهرياً كأنها تنتمى إلى فئة واحدة، ولكن يتبين لنا مع مزيد من الاستقصاء أنها تنتمى إلى فئات مختلفة أخرى تبعاً لما تنطوى عليه من دلالات أو معان أو ارتباطات شرطية سابقة لدى المريض.

وتشتمل قائمة المخاوف بذلك على عدد من المواقف المحدودة التى تم ترتيبها ترتيباً تنازلياً تبعاً لدرجة ما تثيره من خوف لدى المريض. ولا يتحتم أن تكون جميع المواقف التى تشتمل عليها القائمة مما سبق أن مر فى خبرة المريض السابقة. فقد تتضمن مواقف تؤدى عندما يتخيلها المريض إلى إحساسه بأنها تثير القلق فعلاً. ونعرض فيما يلى لمثال لقائمة من المخاوف قدمها ولبه لتوضيح كيفية بناء قائمة المخاوف لإحدى الحالات. (J. Wolpe, 1970, pp. 109-110)

القائمة المبدئية للمخاوف:

١- الأماكن المرتفعة
٢- المصاعد
٣- الأماكن المزدحمة
٤- دور العبادة
٥- الظلام فى دور السينما
٦- الوحدة
٧- العلاقات الزوجية (الحمل)
٨- المشى لأى مسافة
٩- الموت
١٠- الحوادث
١١- النار
١٢- الإغماء
١٣- السقوط
١٤- الحقن
١٥- الأدوية
١٦- الخوف من المجهول
١٧- الجنون
١٨- الأبواب المغلقة
١٩- ركوب الألعاب بالملاهى
٢٠- السلالم الشديدة الانحدار

وقد تم تصنيف المواقف سابقة الذكر بمعاونة المريض إلى الفئات التالية:

أولا: الخوف من الأماكن المرتفعة acrophobia

١- الأماكن المرتفعة
١٩- ركوب الألعاب بالملاهى
٢٠- السلالم الشديدة الانحدار

ثانياً: الخوف من الأماكن المغلقة

٢- المصاعد
٣- الأماكن المزدحمة
٤- دور العبادة
٥- الظلام فى دور السينما
١٨- الأبواب المغلقة

ثالثاً: الخوف من الأماكن العامة agoraphobia

٦- الوحدة
٨- المشى لأى مسافة (وحيداً)

رابعاً: المرض ومتعلقاته

١٢- الإغماء
١٣- السقوط
١٤- الحقن
١٥- الأدوية

خامساً: مخاوف موضوعية أساساً :

٧- العلاقات الزوجية (الحمل)
٩- الموت
١٠- الحوادث
١١- النار
١٦- الخوف من المجهول
١٧- الخوف من الجنون

على أن المواقف الواردة فى القائمة السابقة الذكر تعتبر شديدة العمومية، ولذلك فإنها تحتاج إلى ترجمتها إلى مواقف نوعية محددة بناءً على خبرات المريض الخاصة، وتوضيحه لدقائق الموقف بالاعتماد على الاستقصاء الواعى من جانب المعالج النفسى. وقد قام ولبه بتصنيف الفئة الثانية فى القائمة السابقة الذكر إلى البنود التالية مع ترتيبها ترتيباً تنازلياً:

١- الشعور بالسقوط (أو الوقوع) إلى الخلف
٢- شعور الشخص بأنه على وشك فقدان الوعى
٣- الدوار بدرجة كبيرة
٤- الشعور بخفة الراس
٥- الدوار بدرجة متوسطة

٦- شم رائحة مواد التخدير
٧- أخذ حقنة
٨- سرعة خفقان القلب
٩- الشعور بالوهن أو الضعف فى الركبتين
١٠- مشاهدة الحقن
١١- رؤية الأربطة الطبية

والعامل المشترك بين البنود السابقة الذكر هو بعد التهديد الشخصى أى شعور الشخص بأنه مهدد بطريقة ما. كذلك قد تنطوى بنود القائمة على أكثر من بعد واحد. ولابد من أخذ ذلك فى الاعتبار عند ترتيب البنود ترتيباً تنازلياً من أكثرها إثارة للقلق إلى أقلها إثارة للقلق. كما يلزم التحقق من أن البند الذى يثير أدنى درجات القلق فى القائمة يمثل فعلاً درجة منخفضة فى إثارة القلق يمكن كفها عن طريق الاسترخاء... وإلا فعلينا البحث عن بنود أخرى تثير درجة أدنى من القلق تصلح للاستخدام فى عملية التطمين المنظم. كذلك فمن المهم أن نجعل المسافات بين بنود القائمة -من حيث درجة إثارتها للقلق- مسافات معقولة ومتساوية، بحيث أن التدرج من أحد للبنود إلى البند التالى يتم بطريقة تساعد على العلاج.

وقد لجأ ولبه إلى استخدام طريقة منظمة لتكميم الإحساس الذاتى بالقلق. فهو يبدأ بأن يسأل المريض أن يتخيل أشد أو أسوأ درجات القلق التى مرت به من قبل، أو التى يتخيل إمكانية حدوثها. ويعطى لهذا القدر درجة ١٠٠. أى أعلى درجة على المقياس. ثم يطلب منه أن يتخيل حالة يكون فيها هادئاً هدوءاً تاماً، ومطمئناً تماماً، ويعطيها درجة صفر. وبذلك يكون لدينا مقياس يمتد من صفر إلى ١٠٠. وفيما بعد يمكننا أن نسأل المريض فى أى وقت أن يقدر بالأرقام درجة شعوره بالقلق. ولا شك أن هذا التقدير الكمى أفضل من الطرق الوصفية اللفظية التى قد تختلف فيها المعانى من شخص لآخر، كما أنه ييسر عملية المقارنة بين درجات القلق التى تثيرها المواقف المختلفة. كما يمكن الاستفادة منه فى تقييم ومتابعة آثار العلاج فيما بعد لمعرفة مدى تقدم المريض. ويطلق ولبه على وحدات هذا المقياس اسم: الوحدات الذاتية للقلق (وذق) Subjective Unit of Disturbance (SUD). ويتم الاستفادة من هذا المقياس لدرجات القلق الذاتى فى بناء مدرج القلق، وذلك بتحديد درجة إثارة القلق بالنسبة لكل بند. وبعد ذلك يتم وضع البنود على مسافات متساوية تبدأ من أدناها إثارة للقلق وتمتد إلى أن تصل إلى البند الذى يثير أعلى درجات القلق. وبذلك يمكننا التأكد من سلامة التدرج فى القائمة ومن ملاءمته لأغراض عملية التطمين المنظم.

بعض الأمثلة الإكلينيكية :

نعرض هنا لبعض الأمثلة لقوائم المخاوف التى استخدمها المؤلف فعلاً خلال قيامه بعمليات العلاج النفسى لعدد من حالات المخاوف المرضية (الفوبيا) بالولايات المتحدة.

الحالة (أ):

ج. أ. طالبة جامعية، أم لأربعة أطفال، ومنفصلة عن زوجها. عبرت عن حاجتها الشديدة للعلاج. وكانت شكواها أنها لا تستطيع تحمل تواجدها بين عدد كبير من الناس، كالمحلات التجارية والشارع والكلية. كما كانت تشكو من أعراض أخرى مثل الدوار والصداع وخفقان القلب والتوتر والاكتئاب، وعدم القدرة على الاستمرار فى العمل. وقد تم تطبيق عدد كبير من الأدوات السيكولوجية عليها لجمع المعلومات المفصلة عن طبيعة المشكلة وأبعادها المختلفة. كما استكملت المعلومات أيضاً من خلال أسلوب المقابلة الاكلينيكية. وبناءً على ذلك تم تجميع البنود المتصلة بالقلق فى الفئات التالية:

الخوف من الزحام:

١- داخل محل تجارى يعج بالحركة.
٢- لحظة الخروج من دور السينما أثناء تدافع الناس للخروج.
٣- أتوبيس مزدحم.
٤- قاعة مسرح كبيرة مزدحمة.
٥- محل تجارى كبير هادئ الحركة نسبياً.
٦- أتوبيس نصف مقاعده مشغولة.
٧- السير فى شارع معتدل الزحام.
٨- داخل محل بقالة صغير.
٩- فى متنزه مزدحم نسبياً.
١٠- الجلوس فى السينما وبقية الناس جالسون.
١١- السير فى الطريق وهناك ٣ أشخاص يسيرون فى الشارع.
١٢- السير فى الطريق وهناك شخصان يسيران عن بعد.
١٣- داخل أحد المتنزهات المزدحمة.
١٤- داخل متنزه لا يوجد به سوى أفرد قلائل عن بعد.

الخوف من مراقبة الآخرين:

١- أن يلاحظك أثناء عملك فى البيع ١٠ أشخاص.
٢- أن يلاحظك أثناء العمل ٧ أشخاص.
٣- أن يلاحظك أثناء العمل ٤ أشخاص.
٤- أن يلاحظك أثناء العمل شخصان.
٥- أن يلاحظك أثناء العمل شخص واحد.

الحالة (ب):

د. ج. آنسة تبلغ من العمر ٢٧ عاماً. مستوى التعليم سنتان بعد الثانوى فى معهد تربوى، وتعمل بالتدريس للأطفال المعوقين. وكانت الشكوى الأساسية هى القلق، بجانب بعض المخاوف الأخرى. وقد تم تطبيق عدد من أدوات تقدير السلوك. كما تم بعد ذلك استخلاص مدرج القلق من خلال المقابلة ومن خلال مزيد من الاستفسار. وقد تم تكوين مدرج القلق بناءً على تحليل الأبعاد الأساسية التى تزيد أو تنقص درجات القلق تبعاً لها. ويلاحظ أن جميع المخاوف لديها تتصل بالمواقف الاجتماعية.

١- الخوف من مراقبة الآخرين	**الأشخاص**	**الأفعال**
أعلى درجات القلق (١٠٠) (٥٠) أدنى درجات القلق (صفر)	رئيس العمل الأخصائيون الزملاء صديقة فتاة صديق رجل	الأكل تصرفات مثل قضم الأظافر أو طريقة الجلوس الكلام
٢- الخوف من عدوان الآخرين	**الأشخاص**	**أسلوب العدوان**
أعلى درجات القلق (١٠٠) (٥٠) أدنى درجات القلق (صفر)	الغرباء اصدقاء أقارب	تهديد فعلى مظاهر التعصب أو العنصرية الكلام على المريضة
٢- أن تكون مع آخرين (أكثر من شخص)	**الجنس**	**نوع الأفعال أو التصرفات**
أعلى درجات القلق (١٠٠) (٥٠) أدنى درجات القلق (صفر)	إناث ذكور	الكلام الصمت الأكل العمل

٤ – تقدير الآخرين	الأشخاص	نوع السلوك
أعلى درجات القلق (١٠٠)	ذوو السلطة	الأداء فى العمل
(٥٠)	الشرطة	الصفات الشخصية (كرائحة الفم)
	الأصدقاء	
أدنى درجات القلق (صفر)	الوالدين	شىء لاأملك تغييره
	شخص غريب	

وبناء على هذا التحليل المنظم لمثيرات القلق وملابساته المختلفة تم إعداد قوائم البنود المثيرة للقلق، والتى تم استخدامها فيما بعد فى عملية التطمين المنظم.

إجراءات التطمين المنظم:

بعد أن يتم تدريب المريض على الاسترخاء العضلى العميق، وبعد أن يتم بناء مدرج القلق، يمكن أن تبدأ الخطوات الفعلية لعملية التطمين المنظم. ولابد لنا فى بداية هذه المرحلة من التحقق من أن المريض أصبح متمكناً من عملية الاسترخاء الجسمى الكامل. ويمكننا هنا الاعتماد على ما يذكره المريض نفسه عن مشاعره الداخلية وهو فى حالة الاسترخاء. وذلك بأن يعطينا تقديراً لدرجة شعوره بالاسترخاء أو الراحة والطمأنينة.. ومن الممكن الاعتماد على بعض الأجهزة السيكو فسيولوجية فى قياس درجة الاسترخاء العضلى على النحو الذى اتبعه جاكوبسون فى تقدير درجة الاسترخاء العضلى مثل جهاز electromyogram ((J. Wolpe, 1970. أو مقياس الفولت العصبى neurovoltmeter الذى طوره جاكوبسون أيضاً لقياس التغيرات الطفيفة فى التوتر العضلى. (F. J. McGuigan, 1978).

ويلزم أيضاً التحقق من قدرة المريض على التخيل. فهذه القدرة شرط ضرورى للقيام بإجراءات التطمين المنظم. فإذا وجدنا أن المريض لا يستطيع القيام بعملية التخيل الجيد الذى يتصف بالحيوية فقد نلجأ إلى استخدام أساليب أخرى فى العلاج، مثل التطمين المنظم الحى إذا كان ذلك مناسباً، وإلا فقد نلجأ إلى استخدام أساليب أخرى للعلاج.

وقبل بداية العلاج نعطى تعليمات خاصة للمريض بأن ينبهنا بمجرد أن يتمكن من تخيل صورة واضحة للموقف المطلوب، وذلك بأن يرفع إصبع السبابة مثلاً. كما نتفق على طريقة التعبير عن مقدار التوتر أو القلق الذى يحس به عندما يتخيل أحد المواقف أثناء العلاج، وذلك باستخدام الوحدات الذاتية للقلق SUDS التى سبق الإشارة إليها. وخلال العلاج نطلب من المريض أن يتخيل الموقف المطلوب، وأن يعطينا

إشارة بإصبعه عندما تتكون لديه صورة واضحة للموقف. وبعد أن يعطينا هذه الإشارة نتركه مع هذا الموقف المتخيل لفترة وجيزة (حوالى ٥ – ٧ ثـوان عـادة). وبعـدها نطلب منه التوقف عن تخيل الصورة وإعطاءنا تقديره لدرجة القلق التى أحس بها أثناء تخيل تلك الصورة. وبعد ذلك نعطيه تعليمات بالعودة مرة أخـرى إلـى الاسـترخاء، وتركيز انتباهه على إحساساته الجسمية(ibid) . وبعد الاسترخاء لفترة وجيزة أخـرى نستأنف هذه الخطوات من جديد (مع نفس هذا الموقف) وفقاً لخطة العلاج. ويـستمر ذلك إلى أن يتم كف القلق المرتبط بالموقف الخاص الذى تم التركيز على علاجه. أما إذا وجدنا أن هناك إلحاحاً واستمراراً للقلق المرتفع المرتبط بالبند، فإن ذلك يدعونا إلى إعادة النظر وعمل إعادة تقييم للموقف. فقد تكون هناك ثغرات أو عيوب فـى بنـاء مدرج القلق، أو قد تكون هناك مشكلات بالنسبة لدرجة الاسترخاء. وعندما نتغلب على هذه المشكلات، ويتم كف القلق المرتبط بالبند فإننا ننتقل إلى البند الذى يليه.. وهكذا.

وتسير إجراءات التطمين المنظم على هذا النحو فى جلسات العلاج التالية، وننتقل من بند إلى البند الذى يليه على قائمة البنود فى مدرج القلق إلى أن يتم كـف القلـق المتعلق بكل بنود القائمة. ويلاحظ أننا نسترشد هنا بمبادئ نظريات التعلم فى عمليـة العلاج. فبعد أن يتم الوصول إلى محك انخفاض القلق إلى درجة الصفر، نكرر ربـط البند بالاسترخاء مرتين أو ثلاث مـرات وذلـك بهـدف تحقيـق الـتعلم الإضـافي overlearning. ونقوم خلال جلسات العلاج بتسجيل تفاصيل الخطوات العلاجية مثـل عدد مرات تخيل الموقف، ومدى نجاح الاسترخاء فى كف القلـق، وهكـذا. ويمكـن استخدام بطاقات خاصة فى تسجيل تلك البيانات.

بعض المشكلات المتصلة بأسلوب التطمين المنظم:

هناك مشكلات عديدة يمكن أن تواجه المعالج النفسى عند استخدامه لأسلوب التطمين المنظم، ولهذه المشكلات حلول تعتمد على خبرة المعالج وتمكنـه مـن أسـاليب العـلاج النفسى. ومن أبرز هذه المشكلات عدم قدرة الكثير من المرضى والمعالجين المبتدئين على بناء قوائم جيدة من بنود القلق. فقد لاتغطى القائمة كل المثيرات الهامة للقلق. أو قد تكـون القائمة بعيدة عن المشكلة الحقيقية للمريض، أو قد يكون ترتيب البنود فى القائمة غير جيد، أو أن بها بعض الثغرات أو القفزات الكبيرة. ولذلك فإن إعداد قوائم القلق يحتاج إلى مهارة كبيرة وحس اكلينيكى وخبرة جيدة من جانب المعالج.

وهناك مشكلة أخرى تواجه استخدام أسلوب التطمين المنظم، ألا وهى عـدم قـدرة بعض المرضى على التخيل أو التصور البصرى. ولهذا يلزمنا أن نجرى اختباراً مبـدئياً للتحقق من قدرة المريض على التخيل فى بداية العلاج. وقد وجد المؤلـف عنـد علاجـه

لحالة رجل يعانى من الخوف من الأماكن المغلقة ٣ أنه لا يستطيع تخيل المواقف تخيلاً يتصف بالحيوية، التى يمكن أن تثير درجة كافية من القلق (كتلك التى يثيرها الموقف الفعلى). وبناءً على ذلك تم اللجوء إلى استخدام أسلوب العلاج بالتطمين المنظم الحى in vivo، حيث كان يتم إجلاس المريض فى غرف مختلفة الحجم، وإغلاق الباب عليه لفترات محدودة وفقاً لنظام خاص يهدف إلى تعميم آثار العلاج.

وهناك مشكلة أخرى تتمثل فى عدم قدرة بعض المرضى على الوصول إلى درجة عميقة من الاسترخاء. وهنا يمكن استخدام عدد من الأساليب المساعدة مثل استخدام التنويم الإيحائى. كما يمكن أحياناً استخدام الأدوات السيكو فسيولوجية مثل جهاز قياس التوتر العضلى electromyogram. كما أن من الممكن أحياناً استخدام بعض العقاقير مثل أميتال الصوديوم sodium amytal أو استخدام عقار الفينوباربيتال phenobarbital وغيرها والتى يقوم الطبيب النفسى بوصفها للمريض. كما استخدم بعض المعالجين النفسيين أسلوب استنشاق خليط من الهواء يتكون من ٣٥% من ثانى اكسيد الكربون و٦٥% من الأكسجين النقى (C. E. Walker, et al, 1981).

ولقد أثبت أسلوب التطمين المنظم نجاحه الكبير فى علاج المخاوف المرضية، حيث أن نسب الشفاء باستخدام هذا الأسلوب تفوق بكثير نسبة الشفاء الناتج عن استخدام أساليب العلاج الأخرى. وتتراوح نسبة الشفاء فى كثير من التقارير الاكلينيكية بين ٨٥% و١٠٠%، وذلك بالمقارنة بنسب تتراوح بين ٥٠% و٧٠% باستخدام أساليب العلاج التقليدى (ibid).

ويهمنا هنا أن نؤكد أن العلاج بأسلوب التطمين المنظم ليس مجرد مجموعة من الطقوس الجامدة التى يقوم المعالج بتطبيقها بصورة حرفية تخلو من الطابع الشخصى الإنسانى، بل هى بالأحرى مجموعة من الخطوات العلاجية التى تتم فى إطار من العلاقة العلاجية الإنسانية، التى تتطلب من المعالج الفهم والإحساس الجيد وإرهاف الحس الاكلينيكى. كما تتطلب فوق ذلك فهما وخبرة واسعة فى فهم طبيعة الاضطرابات النفسية، إلى جانب الخبرة فى العلاج النفسى. وهنا نؤكد أيضاً على أهمية التدريب العملى المنظم تحت إشراف الخبراء المتخصصين وفى إطار أكاديمى علمى.

ثانياً: أساليب الغمر والتفجير الوجدانى:

تختلف أساليب الغمر flooding والتفجير الوجدانى emotional implosion عن أسلوب العلاج بالتطمين المنظم. وقد لاحظنا أن أسلوب التطمين المنظم يعتمد على التعرض المتدرج لمصدر القلق والذى يبدأ من أدنى الدرجات المثيرة للقلق، إلى أن

3 - Claustrophobia.

نصل إلى المواقف التى تثير أعلى درجات القلق. أما أساليب الغمر والتفجير الوجدانى الداخلى فتقوم على أساس مواجهة المريض لمثيرات القلق الشديدة دون أى تدرج. كذلك فإن خطوات العلاج بالتطمين المنظم تسير وفقاً للمريض نفسه، ودرجة ارتياحه فى مواجهة مثيرات الخوف. أما فى العلاج بالغمر والتفجير الوجدانى فإن المعالج هو الذى يحدد ذلك وهو الذى يعطى للمريض الجرعات الكبيرة من مثيرات القلق، بصرف النظر عن استجابات المريض بالقلق الشديد والانفعال.

وكما هو الحال فى العلاج بالتطمين المنظم فإن العلاج بهذين الأسلوبين يمكن أن يتم باستخدام المخيلة، أو بالاعتماد على المواجهة المباشرة الواقعية للمواقف المثيرة للقلق. على أن هناك فرقاً هاماً بين العلاج بالتفجير الوجدانى من ناحية والعلاج بالغمر من ناحية أخرى. فالعلاج بالتفجير الداخلى يستمد الكثير من مفاهيمه من العلاج النفسى الدينامى بمفاهيمه التحليلية، إلى جانب اعتماده على نظرية العاملين عند ماورر Mowrer's Two Factor theory. وتبعاً لنظرية ماورر فإن "عملية التعلم تمر بمرحلتين: المرحلة الأولى يتم فيها الربط الشرطى للخوف بأحد المنبهات عن طريق ما يسمى بتعلم الإشارات sign learning. ويتم ذلك وفقاً لنظرية الارتباط الشرطى الكلاسيكى. وينشأ عن هذا الربط الشرطى منبهات تقوم بدور الحافز drive المثير للخوف. وفى المرحلة الثانية يتم تعلم استجابة جديدة تؤدى مهمة خفض القلق، وذلك عن طريق تعلم الحل الذى يترتب عليه خفض الخوف. وهذا التعلم يتم تبعا لنظرية الارتباط الشرطى الفعال. وتمكن هذه الاستجابة الفرد من خفض القلق عن طريق إبعاد الفرد عن المنبه الشرطى الذى يثير للقلق (W. F. Hill, 1975, P. 166).

ولقد قدم ستامفل Thomas Stampfl مفهوم العلاج بالتفجير الوجدانى فى سنة ١٩٥٧. وأعطى ستامفل أهمية كبيرة لخبرات الطفولة فى اكتساب المخاوف. فمن خلال خبرات العقاب أو الرفض أو الحرمان يحدث ارتباط بين الكثير من المنبهات المحيطة بالطفل وبين مشاعر الخوف أو القلق. ولذلك يرى ستامفل أنه يتعين تقديم مجالات الصراع فى الطفولة كجزء من مناظر التفجير الوجدانى. ويمكن أن تشتمل هذه المناظر على مخاوف الطفولة، وما بها من رفض وحرمان وصراعات، تتعلق بالتعبير عن الخوف أو العدوان أو المشكلات الجنسية أو مشكلات الشعور بالذنب وفقدان السيطرة على الدوافع، وغير ذلك من المشكلات التى يتوسم المعالج أهميتها بالنسبة للمريض وبالنسبة للمشكلات المطروحة. ومن هنا يقتبس ستامفل الكثير من المفاهيم التحليلية المتعلقة بصراعات الطفولة ومشكلاتها (C.E. Walker, 1981, PP. 116-117).

أسلوب الغمر:

يعتبر بولين A. Polin أول من استخدم اصطلاح الغمر أو الفيض flooding، وذلك فى سياق البحوث التى أجراها على الحيوانات. بينما كان ماليسون Malleson أول من استخدم الاصطلاح للإشارة إلى هذا الأسلوب فى علاج المخاوف عند الإنسان. ويرتبط أسلوب الغمر بالدراسات التجريبية للتعلم، خاصة فيما يتعلق بانطفاء انماط استجابات التجنب avoidance لدى الحيوانات. ولذلك فإن أسلوب الغمر ينتمى إلى مجال العلاج السلوكى بخلاف أسلوب التفجير الانفعالى الذى ينتمى إلى العلاج الدينامى التقليدى. وقد أوضحت التجارب التى أجراها سولومون ووين Solomon & Wynne أننا إذا ربطنا إشارة تحذير مثل نغمة معينة بصدمة كهربية حتمية (بحيث تسبق النغمة حدوث الصدمة بشكل متسق)، فإن مجرد تقديم النغمة فيما بعد بدون الصدمة يؤدى إلى استثارة استجابة وجدانية حادة. ونستطيع بعد ذلك أن نقوم بتعليم الحيوان استجابة هروبيه، وذلك بأن يقفز من المنطقة التى أعطيت فيها الصدمة بمجرد سماع صوت النغمة التحذيرية. وبهذا يكتسب الحيوان سلوكاً تجنبيا يقوم به للهروب من الموقف المثير للخوف. ويلاحظ أن هذا السلوك الهروبى يتم بشكل فورى وسريع، ولاينتظر الحيوان حتى يتأكد من أن الصدمة الكهربية ستحدث أم لا، حتى لو كررنا إعطاء النغمة مائة مرة. أى أن السلوك التجنبى يتصف بخاصية الاستمرار والإلحاح.

وفى مرحلة تالية من التجربة وضع الباحثان الحيوان داخل المنطقة التى أعطيت فيها الصدمة، ثم أغلقا الطريق بحيث لم يكن فى وسع الحيوان القيام بالسلوك التجنبى عند سماع النغمة التحذيرية. ثم قاما بإطلاق صوت النغمة التحذيرية عدة مرات دون إعطاء الصدمة الكهربية. وبذلك أصبحت النغمة التحذيرية لاتؤدى إلى استثارة القلق. وبعد أن تم ذلك لم يعد الحيوان يلجأ إلى السلوك الهروبى رغم إتاحة فرصة الهرب له من جديد عند سماع تلك النغمة التحذيرية (ibid).

وقياساً على هذا النمط فى تعلم المخاوف، فإن مرور الفرد بخبرات مؤلمة يصاحبه إدراك لبعض المنبهات المحيطة بالموقف. ونتيجة لذلك تصبح تلك المنبهات بمثابة منبهات تحذيرية تثير الخوف والقلق لدى الفرد لتوجسه الشر والخطر عند مواجهتها. ومن هنا يلجأ الفرد إلى الهرب والابتعاد عن الموقف مما يخفف من حدة القلق. ويؤدى ذلك إلى تدعيم السلوك الهروبى أو التجنبى الذي يبتعد به الفرد عن المنبهات المثيرة للقلق. وفى نفس الوقت يدخل الفرد فى حلقة مفرغة طالما لم تتح له فرصة المواجهة الفعلية لهذه المنبهات التى يهرب منها دائماً.

وبناءً على نموذج العلاج بالفيض فإن على الفرد أن يواجه هذه المنبهات مواجهة كاملة ومستمرة، لكى يكتشف أن الخطر المتوقع بناءً على هذه المنبهات التحذيرية لن يقع، وأنه ليس خطراً حقيقياً. وهنا تزول الرابطة بين هذه المنبهات وبين الخطر، فتفقد صفتها التحذيرية المثيرة للقلق.

ومن الممكن استخدام العلاج بأسلوب الغمر فى علاج الرهاب (الفوبيا)، والوساوس والسلوك القهرى، فى ظل شروط معينة وهي:

١- أن يكون هناك توقع فى ذهن المريض لحدوث الخطر يرتبط بالمنبهات المثيرة للخوف.
٢- أن يكون الخوف الذى يشعر به المريض خوفاً نوعياً محدداً.
٣- أن يكون هناك تاريخ من العلاقة بين القلق الشديد المزمن والمنبهات المخيفة.
٤- أن لا تكون هناك مخاطر صحية كبيرة على المريض فى حالة العلاج بالغمر (ibid).

وهناك عدد من الدراسات الجيدة التى تبين لنا أن العلاج بالغمر يمكن أن يكون على درجة عالية من الفعالية فى علاج أشكال مختلفة من الاضطرابات العصابية. ويفصل كل من ويلسون وأوليرى العوامل التى تؤثر على العلاج بالغمر على النحو التالى:

١- أن التعرض الفعلى للموقف أو للشيء المخيف أكثر فعالية فى خفض السلوك الرهابى والقهرى من التعرض للموقف المتخيل.
٢- أن التعرض للموقف المخيف يجب أن يكون لأطول مدة ممكنة، فالتعرض الموجز جداً قد لايكون فعالاً بل قد يؤدى إلى زيادة وقتية فى الخوف.
٣- ليس من الضرورى إثارة مشاعر حادة بالخوف أثناء التعرض لكى يكون العلاج فعالاً.
٤- يبدو أن التعرض الفعلى يعادل فى الفعالية العلاجية الغمر الفعلى باستخدام أشد المواقف إثارة للخوف من البداية.
٥- يؤدى العلاج بالغمر الذى يقوم به معالج مباشر إلى نتائج أفضل من استخدام التعليمات العلاجية المسجلة.
٦- يؤدى العلاج بالغمر الذي يتم داخل مجموعة إلى نفس الفعالية التى يؤدى إليها العلاج الفردى.
٧- يمكن أن يكون العلاج بالتعرض الفعلى الذى يعتمد على تحكم المريض معادلاً فى الفعالية العلاجية للتعرض الذى يخضع لتحكم المعالج.
٨- كذلك يبدو أن العلاج بالغمر الذى يقم به الممرضون تحت إشراف معالج

سلوكى مؤهل معادل فى نتائجه للعلاج الذى يقوم به الأخصائيون النفسيون الاكلينيكيون أو الأطباء النفسيون .(G.T. Wilson & K.D.O' Leary, 1980. PP.170-172)

ورغم ما يذكره ولبه من تحذيرات واحتياطات تجعله يحجم عن استخدام أسلوب الغمر إلا باعتباره ملجأً أخيراً (J. Wolpe, 1970)، فإننا نجد أن ويلسون وأوليرى يصلان إلى استنتاج مختلف بعض الشيء بناء على ماتجمع من الأدلة الاكلينيكية المستمدة من دراسات عديدة جيدة. فهما ينتهيان إلى أن العلاج بالغمر يعادل أو يزيد فى كفاءته عن أسلوب التطمين المنظم فى علاج الرهاب (الفوبيا). كما أنه أكثر فعالية بصورة واضحة فى علاج اضطرابات الوساوس والسلوك القهرى. ويرى ويلسون وأوليرى أن التعرض الفعلى الحى in vivo يشكل العنصر الحاسم فى كل أساليب خفض أو علاج المخاوف. (Wilson & O' Leary, 1980)

بعض العوامل الحاسمة فى نجاح العلاج بالمواجهة:

تتفاوت نتائج العلاج بالمواجهة (خاصة بأساليب الغمر) من فرد لآخر. فما هى العوامل التى تؤدى إلى هذا التفاوت. للإجابة على هذا التساؤل نبدأ بتحليل الموقف العلاجى إلى المجموعات الثلاث التالية من العناصر.

المنبهات ← المتغيرات الداخلية ← الاستجابات

فإذا افترضنا أن المنبهات المثيرة للخوف متعادلة من حيث قيمتها الانفعالية بالنسبة للفرد، فإذن لابد وأن هناك عوامل داخل الفرد نفسه تؤثر على نتائج العلاج.

وقد قام المؤلف خلال استخدامه لأساليب علاج المخاوف بتطوير أسلوب يستخدم الوجهة الذهنية mental set، ويزيد من كفاءة تلك العلاجات. فقبل مواقف الموجهة مع المواقف المثيرة للخوف (سواء من خلال المخيلة أو المواجهة الفعلية)، يتم تهيئة المريض للمواجهة بتكوين وجهة ذهنية مناسبة. فيتم أثناء الاسترخاء تنبيه عمليات التذكر والتصور الذهنى لخبرات النجاح السابقة التى أشعرت المريض فى الماضى بمشاعر الثقة بالنفس أو بالجرأة أو التفاؤل والسيطرة على المواقف. ثم يطلب منه الاحتفاظ بهذا الاتجاه الذهنى الإيجابى عند مواجهته للمواقف المثيرة للخوف أثناء العلاج. وبذلك لا نكتفى بالاسترخاء كوسيلة لكف القلق، بل نضيف إليه تلك العوامل المعرفية التى تزيد من قوة المريض فى مواجهته للمواقف. كما أننا لانترك المريض نهباً للانفعالات الحادة دون توجيه معرفى يهيئه للتحقق من قدرته على مواجهة المواقف التى تعود على الخوف منها.

أساليب تعديل السلوك:

ترتكز أساليب تعديل السلوك[٤] على نظرية سكينر B.F. Skinner المسماة بنظرية الارتباط الشرطى الفعال operant conditioning (أو الاجرائى) وهي بذلك تختلف عن أساليب العلاج السلوكى السابقة الذكر (بالتطمين المنظم، أو التفجير الوجدانى.. الخ) والتى ترتكز على أساس من نظرية الارتباط الشرطى التقليدى (البافلوفى).

والواقع أن الارتباط الشرطى التقليدى يتصل أساساً بتعلم ربط الأفعال المنعكسة (اللاإرادية) مثل إفرازات الغدد أو سرعة ضربات القلب، بمنبهات جديدة. ويؤدى ذلك لأن يصبح المنبه الشرطى ذو أهمية بالغة لأنه يستصدر الاستجابة بشكل آلى.

أما الارتباط الشرطى الفعال فهو يساعد على تعلم الكائن الحى القيام بأشكال مختلفة من السلوك فى ظل ظروف متنوعة وذلك للحصول على التدعيمات أو المكافآت. ومن الممكن أيضاً أن نتعلم ربط هذا السلوك الفعال المؤثر على البيئة بمنبهات معينة وجدنا من خبراتنا السابقة أن المدعمات تتوفر فى حال وجودها. لكن السلوك الفعال مثل محاولة الوصول إلى الطعام لاتعتمد على رؤية الطعام نفسه بل على حافز الجوع وعلى الظروف المحيطة وعلى قدر كبير من المنبهات الأخرى. وبذلك ترتكز طريقة الارتباط الشرطى الفعال على تعلم السلوك الإرادى وعلى زيادة أو إنقاص معدلات حدوثه.

ومبدأ التدعيم مفهوم أساسى فى تعلم السلوك الفعال. فلكى نزيد من معدل حدوث السلوك علينا أن نقدم للفرد (أو للكائن الحى) تدعيما أو مكافأة عقب حدوث السلوك فوراً. ويؤدى التدعيم الفورى إلى تعلم السلوك بشكل جيد وسريع. ويميز سكينر بين نوعين من التدعيم:

التدعيم الموجب: وذلك بإعطاء مكافأة أو شيء مرغوب فيه عقب حدوث السلوك فوراً.

التدعيم السالب: والمدعمات السالبة هى مدعمات منفرة أى يعمل الفرد على تجنبها عادة. ويؤدى توقف هذه المنبهات المنفرة وظيفة التدعيم بالنسبة للسلوك الذى سبق حدوثه (أو أدى حدوثه إلى) توقف تلك المنبهات المنفرة. مثال ذلك إذا وضعنا فأراً داخل صندوق سكينر، ثم قمنا بكهربة أرضية الصندوق لنعطى الفأر صدمة كهربية مؤلمة (لكنها غير مميتة) فإن أى سلوك يقوم به الفأر ويؤدى إلى توقف الصدمة سوف يميل الفأر إلى تعلمه، وإلى تكراره فى المستقبل كلما واجه نفس الموقف.

---

4 - Behavior modification.

جداول التدعيم:

عند بداية تعلم الفرد للسلوك الجديد علينا أن نقدم التدعيم بصورة متسقة ومستمرة. ولكن علينا أن ننتقل بعد ذلك إلى تقديم التدعيم بصورة متقطعة intermittent. ويصنف سكينر جداول التدعيم إلى أربعة أنواع، تبعاً لمتغيرين رئيسيين: أولهما: كون التدعيم المتقطع يقدم بصورة ثابتة محددة أو بصورة متغيرة. والثانى: كون التدعيم المتقطع يقدم تبعاً لعدد مرات الاستجابة، أو تبعاً للفترات الزمنية. والجداول الأربع على النحو التالى:

١- **جدول النسبة الثابتة** fixed ratio:

وتبعاً لهذا الجدول يقدم التدعيم عقب صدور عدد معين من الاستجابات.. فمثلاً قد يقدم التدعيم عقب كل خامس استجابة بشكل ثابت، أو عقب كل تاسع استجابة بشكل ثابت، وهكذا.

٢- **جداول النسبة المتغيرة** variable ratio:

وهنا يقدم التدعيم عقب صدور أعداد متفاوتة من الاستجابات تدور حول متوسط معين، فمثلا تقدم التدعيمات عقب صدور أعداد محددة سلفاً من الاستجابات، بحيث يكون المتوسط الإجمالى لأعدادها خمس استجابات مثلاً، أو سبع.. الخ.

٣- **جداول الفترة الثابتة** fixed interval:

وهنا يقدم التدعيم عقب مرور فترات زمنية ثابتة، فأى استجابة تصدر عقب انتهاء (أو اكتمال) الفترة الزمنية يتم تدعيمها.

٤- **جداول الفترة المتغيرة** variable interval:

وهنا يقدم التدعيم عقب مرور فترات زمنية متفاوتة فى طولها ولكنها تدور حول متوسط معين. وقد أجرى سكينر وزملاؤه الكثير من التجارب للمقارنة بين كفاءة هذه الجداول التدعيمية المختلفة. وقد أظهرت تلك الدراسات أن الجداول المتغيرة تؤدى إلى تعلم أفضل وأكثر مقاومة للإنطفاء من الجداول الثابتة. كما أن أفضل جداول التدعيم فى مقاومة الانطفاء هو جدول النسبة المتغيرة (W. Hill, 1972; E. Hilgard & G. H. Bowery, 1966).

تشكيل السلوك:

يمكننا بواسطة تشكيل السلوك أن نعلم الأطفال سلوكاً مركباً من عناصر متعددة، وذلك على مراحل متتالية. وتعتبر كل مرحلة اقتراباً من الهدف النهائى. ولذلك يطلق

على الأسلوب المستخدم اسم أسلوب الاقتراب المتتابع[٥]. ويمكن الاستفادة من أساليب تشكيل السلوك فى تعليم الأطفال مهارات معقدة نسبياً، وتتكون من عناصر عديدة. مثال ذلك المهارات الرياضية، والاجتماعية، والتربوية، والمهنية. ويتألف أسلوب تشكيل السلوك من عنصرين رئيسيين هما: التقريب المتتابع، والتسلسل[٦]. وتستخدم عملية التقريب المتتابع لتعليم الأطفال وحدة مفردة من السلوك، مثل عملية استخدام التواليت، أو خلع القميص، أو ارتداء البنطلون، بينما تستخدم عملية التسلسل لوصل عدة وحدات من السلوك معاً، كما هو الحال فى ارتداء الملابس كاملة مثلاً. حيث يلبس الطفل الملابس الداخلية، والبنطلون، والقميص والجورب، والحذاء فى تتابع متصل ومستمر (فراج، الملا، ١٩٧٦). وبذلك فإن التسلسل عبارة عن ربط عدة وحدات سلوكية، سبق تعلمها بأسلوب التقريب المتتابع، فى سلسلة سلوكية، بحيث أن كل وحدة سلوكية تترتب على الوحدة السابقة لها، وتكون بمثابة منبه لبدء الوحدة التالية لها. ومن أمثلة استخدام أسلوب التشكيل مع التلقين[٧] ما وصفه لوفاس ونيوسن Lovas & Newson عن تعليم المحاكاة اللفظية بهذين الأسلوبين، وذلك باتباع الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: يزيد المعالج من الأصوات التى يتفوه بها الطفل، وذلك بمكافأة الطفل كلما صدر عنه هذا السلوك (أية محاكاة للأصوات) وذلك باستخدام الطعام.

الخطوة الثانية: يدرب الطفل على عمل تمييز زمنى، فيتم تدعيم تلك الأصوات التى صدرها الطفل إذا حدثت فى خلال خمس ثوان من عمل المعالج للأصوات.

الخطوة الثالثة: يتم تدعيم التمييزات الأدق لطبوغرافية صوت المعالج (أى شكل الاستجابة الصوتية). فيتم تدعيم الطفل على الاقترابات المتتالية الأكثر شبهاً بصوت حديث المعالج. إلى أن يصبح مشابها للصوت المعين الذى يصدره المعالج (مثلاً يقول (آه) عندما يقول المعالج (آ).

الخطوة الرابعة: وفى هذه الخطوة يكرر المعالج الخطوة السابقة (الثالثة) بصوت آخر يختلف اختلافاً كبيراً عن الصوت الأول. مثلاً يقول (م) ويضع هذا الصوت مع الصوت الأول. ويدعم الطفل على إعطاء الصوت الصحيح فقط. وفيما بعد يتطلب المعالج من الطفل عمل تمييزات أدق كلما أضيفت أصوات جديدة. ثم يتم بعد ذلك تعليم المقاطع الصوتية، والكلمات والجمل عندما يصبح الطفل قادراً على التمكن من النطق بها (G.T. Wilson & K. D. O'Leary, 1980).

---

5 - Successive approximation.

6 - Chaining.

7 - Prompting.

تحكم المنبهات [٨] :

بعد أن يتعلم الطفل السلوك الجديد من خلال وسائل التدعيم يتعين علينا أن نساعد الطفل على إصدار هذا السلوك فى ظل الظروف المناسبة لصدوره، أى فى الوقت المناسب والمكان المناسب. فمثلاً بعد أن يتعلم الطفل من خلال أساليب تشكيل السلوك كيفية ارتداء ملابسه يلزمنا بعد ذلك أن نعلم الطفل أن يمارس هذا السلوك فى المكان المناسب والزمان المناسب.

ويستخدم فى تعليم الطفل هذا التمييز أسلوب تحكم المنبهات. وإذا استعرضنا سلوكنا العادى فى حياتنا اليومية نلاحظ أن هناك منبهات أو علامات معينة توجه سلوكنا وتتحكم فيه.. فمثلاً إ شارات المرور توجه قائد السيارة تبعاً للون الإشارات. كما يتأثر سلوكنا الإجتماعى بالمواقف التى يحدث فيها هذا السلوك. ويقول المثل العربى: "لكل مقام مقال". وتلك المواقف التى تتحكم فى سلوكنا ما هى إلاً عبارة عن مجموعة من المنبهات التى اكتسبت قدرتها التوجيهية من خلال خبرات التعلم السابقة لدى الفرد.

وللوصول إلى اكتساب الفرد لتحكم المنبهات يستخدم أسلوب التدريب على تمييز المنبهات. ويتم ذلك بتقديم التدعيمات للفرد فى ظل المنبهات الصحيحة، وعدم تقديم المنبهات فى ظل التنبيهات غير الصحيحة. وبذلك يتعلم الفرد أن يميز بين المنبهات الصحيحة التى ترتبط بالتدعيم، والمنبهات غير الصحيحة والتى لا ترتبط بالتدعيم فى حالة صدور السلوك. وبذلك يتعلم الفرد أن يصدر السلوك فى ظل المنبهات التى يتوقع أن يحدث فى ظلها التدعيم.

التلقين والتغيير الغير الملحوظ :

التلقين[٩] هو عبارة عن مساعدة الشخص على القيام بالسلوك الصحيح بإعطائه إيماءات أو إشارات مبدئية. وهو فى ذلك يشبه تلقين الممثلين على المسرح. وقد يشتمل التلقين على تعليمات لفظية أو حركات باليدين أو تحريك أيدى الطفل أو أجزاء الجسم الأخرى، أو الإشارة إلى أشياء معينة. وقد يشتمل التلقين على كل هذه العناصر وغيرها لمساعدة الطفل على إصدار السلوك الصحيح.. ولكن يتعين علينا بعد ذلك أن نستبعد هذه الإشارات والإيماءات، ونقتصر على الضرورى منها فقط، بشرط أن يتم هذا الاستبعاد بطريقة تدريجية وبطيئة، حتى لا نربك الطفل ونهدم كل ما سبق له تعلمه.

---

8 - Stimulus control.

9 - Prompting.

أنواع المدعمات:

هناك أنواع عديدة من المدعمات التى يمكن استخدامها فى تعديل السلوك. فهناك بالطبع فروق فردية في تفضيلات الأفراد، وفيما يحبونه أو لا يحبونه من الأشياء المختلفة. ويجب اختيار تلك المدعمات التى يفضلها الفرد. وكلما زاد تفضيل الفرد للمدعمات وزادت حاجته لها كلما زادت قوت تلك المدعمات. وبذلك فعلينا قبل أن نبدأ فى استخدام المدعمات التعرف على تفضيلات الفرد نفسه. وهنا نتبع أساليب التقدير السلوكى فى استكشاف أنواع المدعمات المفضلة لدى الفرد.

ومن الممكن تصنيف المدعمات إلى الأنواع الثلاثة التالية:

١- المدعمات الغذائية: وهى تشمل أنواع الأطعمة أو المشروبات التى يحب الفرد تناولها. مثال ذلك الحلوى والكعك والأرز باللبن والفواكه وعصير الفواكه.. الخ.
٢- المدعمات الاجتماعية: مثل إعطاء المديح، والتشجيع، والجلوس على الحجر، والأحضان للطفل، والابتسام، والنظر للطفل.
٣- المدعمات النشاطية: مثل اللعب والمباريات، واللعب بالدمى، أو السباحة أو ركوب دراجة، أو مشاهدة اللعب التى تتحرك بالبطاريات، الخ.

ونقدم فيما يلى استخباراً للمدعمات يمكننا استخدامه فى التعرف على أنواع المدعمات التى يفضلها الفرد، والتى نستطيع استخدامها بنجاح فى برنامج تعديل السلوك (J. R. Cautela, 1979 ; G. Martin & J. Pear, 1978).

استخبار المدعمات المفضلة

الاسم: ______________________ **التاريخ:** ___|___|_____

تشير البنود التالية إلى الأشياء التى يمكن أن تشعرك بالسرور أو البهجة والرضاء. رجاء وضع علامة أمام كل بند توضح درجة الاستمتاع التى تشعر بها نحو البند:

البنـــد	درجة الاستمتاع				
	لايوجد	قليلاً	وسط	كثيراً	كثيراً جداً
الأطعمة					
١- الحلوى					
٢- بونبون					
٣- الشيكولاتة					
٤- لبان					
٥- آيس كريم					
٦- الجيلى					
٧- المهلبية					
٨- البسكويت					
٩- الجاتوه					
١٠- الفول السودانى					
١١- اللب					
١٢- أطعمة أخرى:					
المشروبات					
١- اللبن					
٢- عصير الفواكه					
٣- شاى					
٤- قهوة					
٥- كوكاكولا					
٦- ماء					
٧- مشروبات أخرى:					

البنـــد	درجة الاستمتاع				
	لايوجد	قليلاً	وسط	كثيراً	كثيراً جداً
الأنشطة					
١- لعب الكرة					
٢- الألغاز					
٣- الرسم والتلوين					
٤- قص ولصق الورق					
٥- السباحة					
٦- نط الحبل					
٧- المشى					
٨- الجرى					
٩- أشغال يدوية					
١٠- أشغال الإبرة					
١١- الشراء من المحلات					
١٢- ركوب دراجة					
١٣- ركوب اتوبيس أو قطار					
١٤- سماع الموسيقى					
١٥- مشاهدة التليفزيون					
١٦- القراءة					
١٧- مشاهدة كرة القدم					
١٨- مشاهدة المصارعة					
١٩- مشاهدة الملاكمة					
٢٠- الرحلات					
٢١- الذهاب للسينما					
٢٢- الذهاب للمسرح					
٢٣- أخذ حمام					
٢٤- النوم					
٢٥- أخرى:					

البنـــد	درجة الاستمتاع				
	لايوجد	قليلاً	وسط	كثيراً	كثيراً جداً
المدعمات الاجتماعية					
١- المديح					
٢- التقبيل					
٣- الأحضان					
٤- الجلوس على الحجر					
٥- التربيت على الكتف					
٦- سماع قصة					
٧- لعب مباراة مع آخرين					
٨- الاستغماية					
٩- الابتسامات					
١٠- الاستحسان					
١١- الغناء					
١٢- الرقص					
١٣- الحفلات					
١٤- الكلام فى التليفون					
١٥- اللعب مع أطفال آخرين					
المدعمات الرمزية					
١- النقود					
٢- العملة البلاستيك					
٣- نجوم الجدارة					
٤- كتابة الاسم بلوحة الشرف					
٥- أشياء أخرى:					
أشياء تعملها يومياً بكثرة					
١-					
٢-					
٣-					
٤-					
٥-					

برامج التدعيم الرمزى :

يطلق على هذه البرامج أيضاً اسم برامج الاقتصاد الرمـــزى token economy. ويعتبر الاقتصاد الرمزى بمثابة تطبيق لنظرية الارتباط الشرطى الفعال لسكينر فـــى مجال العلاج وتعديل السلوك. والفكرة الأساسية فى برامج الاقتصاد الرمزى هى زيادة دوافع السلوك لدى المريض لكى يسلك بطريقة أكثر ملاءمة، وذلك بإعطائه المكافآت الرمزية كلما سلك بالطريقة الصحيحة (R. Baker, 1974).

وبرامج الاقتصاد الرمزى عبارة عن أنظمة اجتماعية اقتصادية علاجية شـــديدة التعقيد تستخدم فى المؤسسات العلاجية كالمستشفيات ودور الإصلاح للجانحين وفـــى السجون وفى المدارس وغيرها. حيث يتم إعطاء المكافآت الرمزية كلما سلك الشخص بالطريقة المناسبة. والمكافآت الرمزية عبارة عن قطـــع مـــن البلاســـتيك أو الـــورق المطبوع، والذى تم تحديد قيمة مادية معينة متفق عليها لكل قطعة منها. كما تـــستخدم أحيانا بدلاً عن ذلك علامات أو درجات الجدارة التى توضع على لوحة خاصة تعلـــق على الحائط. وهذه المكافآت الرمزية يمكن أن يستبدلها الفرد فيما بعد بأشياء حقيقيـــة، كاستعمالها فى الشراء من محل أو كانتين داخل المؤسسة يتعامل بهذه العملة الرمزية.

وقد أتيح للمؤلف خلال فترة قضاها فى دراسات ما بعد الدكتوراة فى جامعة ليدز ببريطانيا فى عام ١٩٧٦، أن يطلع عن كثب على برنامج للعلاج بالاقتصاد الرمـــزى للمرضى الفصاميين المزمنين.. وكان يشرف على البرنامج فى ذلك الوقـــت روجـــر بيكر Roger Baker فى إحدى مستشفيات الصحة النفسية هناك.

ويتم فى مثل هذا البرنامج مكافأة المرضى على القيام بكثير من أنواع الـــسلوك مثل العناية بالنظافة الشخصية، وحسن الهندام، ونظافة الغرفـــة، وترتيـــب الفـــراش، وتحضير المائدة وإحضار الطعام وتنظيف غرفة الطعام بعد الأكل والمـــشاركة فـــى الأنشطة الفنية والأشغال اليدوية ... الخ.

وقد حققت برامج الاقتصاد الرمزى نجاحاً كبيراً، إلا أنها تعرضت للنقـــد أيـــضاً على أساس أنها تجعل المرضى يقومون بكثير من المهام التى يفترض أن يقـــوم بهـــا العاملون بالمستشفى. كذلك فقد مكنت العلاجات الحديثة بالعقاقير من إخراج الكثير من المرضى المزمنين من المستشفيات. إلا أنه يظل لأساليب المكافأة والتدعيم الرمـــزى أهميتها الكبيرة خاصة فى مساعدة الأطفال على تحسين سلوكهم وأدائهم، وذلك بشرط الاستخدام الصحيح والمنظم لهذه الأساليب تحت إشراف المتخصصين.

١٢

الفصل الثاني عشر
العلاج السلوكي المعرفي

الفصل الثاني عشر
العلاج السلوكي المعرفي

طرأت على علم النفس فى السنوات القلائل الماضية تطـورات بالغـة الأهميـة غيرت من وجه هذا العلم تغييراً كبيراً. وتتمثل أهم هذه التطورات فى حقيقة أن علـم النفس قد أضحى معرفياً، كما قال أحد علماء النفس، أو ما أطلق عليه أيضاً "الثـورة المعرفية فى علم النفس" (B. J. Barrs, 1986). وإذا أمعنا النظر وجـدنا أن العـلاج السلوكى أيضاً قد سار فى ركاب الثورة المعرفية، إن لم يكن قد قاد لواء تلك الثـورة. فلا شك أن خبرات الفحص والعلاج كانت بمثابة حقل للتجارب ولاختبار النظريـات والفروض. واكتشف المعالجون السلوكيون أن الإنسان ليس سلوكاً فقط، بل هو خلـيط من السلوك والمعرفة والخيال. وإذا استعرضنا تاريخ علم النفس ورجعنا إلـى أوائـل القرن العشرين وبالتحديد منذ عام ١٩١٣، عندما أعلن واطسون الثورة السلوكية بمقاله الشهير "علم النفس كما يراه العالم السلوكى"، لرأينا أن السلوكية قد ظلت منـذ ذلـك الحين تمثل التيار الغالب فى علم النفس العلمى على الأقل. وكان أهم ما يميز الاتجاه السلوكى رفضه القاطع للظواهر التى لا تقبل الملاحظة المباشرة، أو التى تستعـصى على أدوات المعامل والمختبرات. ومع مرور الزمن وتجمع المزيد من التراث العلمى، أتى على السلوكية حين من الدهر أنكرها فيه أبناؤها، وأدخلوا إلى المختبرات ظواهر التفكير والإبداع والمخيلة والتصور الذهنى. وشيئاً فشيئاً تمكن الاتجاه الـسلوكى مـن استيعاب ودراسة تلك المتغيرات المعرفية مثل مفاهيم المطالب والتوقعات التى قـدمها عالم النفس الأمريكي تولمان E. C. Tolman، ومفهوم المتغيرات الوسيطة الذى أدخله تولمان أيضاً إلى السلوكية، ثم طوره كلارك هل Clark Hull فيما بعد وزاده تفصيلاً. وللحق فإن القضية ليست قضية الاختيار بين السلوكية والمعرفية بقدر ماهي قضية ما الذى يمكن دراسته والتثبت من صحته بطرائق المنهج العلمى. والجديد فى الأمر هـو تطويع تلك المفاهيم المعرفية للتناول العلمى المنهجى. وتشمل العمليات المعرفية التى يتناولها علم النفس تلك العمليات المستترة[1]، مثل التفكير والتخيل، وحـديث الـنفس الداخلى، والترميز اللفظى verbal coding للخبرات التى يمر بها الفرد.

والواقع أننا إذا استعرضنا تاريخ العلاج الـسلوكى نفـسه نجـد أن المعـالجين

---

1 - Covert.

السلوكيين كثيراً ما استعملوا المفاهيم أو المتغيرات المعرفية. فمثلاً، فى أسلوب التطمين المنظم استخدم ولبه التخيل الذهنى على نطاق واسع فى عملية العلاج، كما اعتمد على التقارير الذاتية للمريض عن مشاعره وإحساساته بالتوتر أو الاسترخاء وبالقلق أو الطمأنينة. وكل ما حدث هو أن علماء النفس بوجه عام والمعالجون السلوكيون بوجه خاص اتجهوا إلى مزيد من الاستخدام والتنظير والتقنين المعرفى. وتؤكد هذه التطورات الحديثة على أهمية العمليات المعرفية الوسيطة فى تنظيم وتوجيه السلوك. بل إن هذه التطورات اتجهت نحو إعادة تفسير الارتباط الشرطى التقليدى والارتباط الشرطى الفعال باستخدام المصطلحات المعرفية. فالارتباط الشرطى لم يعد مجرد فعل منعكس متعلم يحدث بصورة آلية. بل أصبح علماء النفس المعرفيون ينظرون إلى الاستجابات الشرطية على أنها تنشأ ذاتياً على أساس "التوقعات" المتعلمة. وبالمثل فالتدعيم ليس مجرد عملية آلية لتقوية الرابطة بين المنبهات والاستجابات، وإنما هو بالأحرى مصدر للمعلومات وحافز منظم للسلوك. (G. T. Wilson, 1978)

الاتجاهات الرئيسية فى العلاج المعرفى

هناك عدد من الاتجاهات الرئيسية فى العلاج المعرفى، أهمها:

أولاً: الإشراط المستتر covert conditioning

ثانياً: تعديل البناء المعرفى cognitive restructuring، وهو يشمل الاتجاهات الثلاث التالية:

أ – **العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى** عند **ألبرت** أليس Rational- A. Ellis Emotive Behavior Therapy (REBT).

ب– **العلاج المعرفى** **Cognitive** Therapy عند آرون بيك Aaron Beck

جـ– **التعديل السلوكى المعرفى** Cognitive Behavior **Modification**، عند مايكنبام.

وسوف نعرض فيما يلى لهذه الاتجاهات المعرفية بشيء من التفصيل.

أولاً: طرق الارتباط الشرطى المستتر :

وتمثل طرق الإشراط المستتر أقل النماذج المعرفية ابتعاداً عن السلوكية والعلاج السلوكى. وهي تطبق مبادئ الارتباط الشرطى لا على المبنهات والاستجابات القابلة للملاحظة المباشرة، ولكن على المنبهات والاستجابات المعرفية. ومعنى ذلك أن هذا الارتباط الشرطى يحدث بشكل رمزى فى الأذهان وليس بشكل سلوكى ظاهرى قابل للملاحظة الخارجية. ودور المريض هو استحضار تلك المنبهات والاستجابات والمدعمات فى مخيلته وبوضوح شديد، وحسب ترتيب معين يحدده له المعالج لكى يتم

حدوث الارتباط الشرطى، أو الانطفاء. كذلك فقد يعتمد أسلوب القدوة المستترة covert modeling على تخيل المريض للشخص المقتدى به وهو يؤدى سلوكاً بعينه، ثم تخيل المريض لنفسه وهو يقوم بمحاكاته فى أداء نفس السلوك، ثم تخيل المدعمات المترتبة على القيام بذلك السلوك. وبوجه عام يحاول هذا النموذج العلاجى تعليم الفرد أشـــكال السلوك المستتر covert behavior وأشكال المعرفة cognitions الأخـــرى، حـــسب المفاهيم السلوكية التقليدية. وقد اتجهت المحاولات المبكرة للإشراط المستتر إلى علاج مشكلات مثل التدخين، وتناول الخمور، وتعاطى المخدرات، والإفـــراط فـــى تنـــاول الطعام والبدانة، والانحرافات الجنسية، والخواف، والسكر.

ويشتمل الإشراط المستتر على عدة أساليب أهمها:

١- أسلوب التنفير المستتر covert sensitization.

٢- أسلوب التدعيم الموجب المستتر covert positive reinforcement.

٣- أسلوب التدعيم السالب المستتر covert negative reinforcement.

٤- أسلوب الانطفاء المستتر covert extinction.

٥- أسلوب تكلفة الاستجابة المستتر covert response cost.

٦- أسلوب القدوة المستترة covert modeling.

٧- أسلوب إيقاف التفكير thought stopping technique.

وفى كل هذه الأساليب السابقة الذكر تلعب المخيلـــة imagery دوراً هامـــاً فـــى العلاج. وسوف نعرض فيما يلى بإيجاز لاستخدام أسلوب العلاج بالتنفير المستتر.

أسلوب التنفير المستتر:

يستخدم أسلوب التنفير المستتر فى علاج تلك المشكلات السلوكية مثل التـــدخين والإدمان والإفراط فى تناول الطعام والبدانة. وتتضمن هذه الأشكال السلوكية ســـلوك اقتراب approach من موضوعات محددة. ويستهدف العلاج استبدال سلوك الاقتراب بسلوك آخر مضاد له عبارة عن تجنب الموضوع والابتعاد عنه والنفور منه، ســـواء تحت مختلف الظروف أو فى ظل ظروف محددة (مثل الامتناع عن أنواع معينة مـــن الطعام أو عدم الافراط فى تناول الطعام).

ويشتمل العلاج بالتنفير المستتر على قيام المريض بتخيل السلوك غير المرغوب (المطلوب تغييره) ثم تخيل المنبه المنفر. وبالطبع يتم ذلك كله على مستوى الخيـــال. وهناك خمسة عناصر أساسية ينبغى أن يشتمل عليها كل مشهد من المشاهد المتخيلـــة (C. E. Walker, et al, 1981) وهى:

١- الموقف المنبه.

٢- سلوك الاقتراب.
٣- المنبه المنفر.
٤- استجابة الهروب أو التجنب.
٥- الشعور بالارتياح.

ومن أمثلة استخدام أسلوب التنفير المستتر فى العلاج ما قام بـه كـاوتيلا J. R. Cautela لعلاج حالة امرأة كانت تشكو من البدانة والإفراط فى تناول الطعـام S. (Walen, et al, 1977, P.19). وقد استهدف العلاج الحد من هـذا السلوك الـضار بالصحة. واعتمد العلاج على ربط هذا السلوك ببعض المنبهات المنفرة على المستوى المعرفى أساساً باستخدام المخيلة وعمليات التفكير. وكان المعالج يقدم لها المشاهد التى عليها أن تتخيلها على النحو التالى:

"أريد منك أن تتخيلى أنك تجلسين إلى المائدة لتناول طعام الغداء بالمنزل، وأنـك قد انتهيت تواً من التهام ما حصلت عليه من اللحوم، وتمدين يدك عبر المائدة لتأخذى قطعة أخرى. وما أن تصل يدك إلى طبق اللحوم حتى تشعرين بالغثيـان وبحموضـة شديدة فى معدتك. وتأخذين قطعة من اللحم وتضعيها فى طبقك، وبمجـرد أن تفعلـى ذلك تصعد عصارات مرة لاذعة من معدتك إلى حلقك وفمك، فتقـومين بابتلاعهـا.. وترفعين قطعة اللحم بشوكتك، وبمجرد وصول الشوكة إلى فمك تتقيئين على كل يدك، وعلى الطبق الموضوع أمامك، وينتشر القىء على المائدة ويتناثر على الجالسين الذين يأكلون معك. وينظرون إليك بهلع.. وتشعرين بالبؤس، وتغطيك لزوجة قذرة، وتـرين مشهد القىء المختلط بجزيئات الطعام منتشراً على كل المائدة. ويجعلك هـذا المـشهد تتقيئين أكثر فأكثر.. وتسرعين بالوقوف والابتعاد عن المائدة.. وتخرجين من الغرفة، وحينئذ تبدئين فى الشعور بالتحسن". ويتم تدريب المريضة على هذه المشاهد إلـى أن تتمكن من تخيلها تخيلاً واضحاً.. كما يتم تدريبها على مشاهد أخـرى تـدعم سـلوك الهرب أو الابتعاد عن الطعام، مثل:

"أريد منك أن تخيلى أنك قد انتهيت تواً من تناول وجبة الطعـام وقـررت أخـذ بعض الحلوى، وبمجرد أن تقررى ذلك تبدئين فى الشعور بإحساسات غريبة ومضايقة فى معدتك. وتقولين لنفسك: لا لن آكل الحلوى، وعندئذ تشعرين فى الحـال بالهـدوء والارتياح" (ibid, P. 19).

ويستعان أحياناً ببعض الوسائل المعينة والمساعدة لزيادة التـأثير المنفـر لتلـك الصور المتخيلة كاستخدام بعض الروائح الكيميائية المنفرة، أو الـصدمات الكهربيـة الخفيفة، أو الصور السمعية أو البصرية المساعدة. ولا شك أن الاستخدام الناجح لمثل هذا العلاج يعتمد على قدرة المريض على التخيل، وعلى ما لخياله من حيويـة ومـن

تأثير وجدانى فى الاتجاه المرغوب. كما يتطلب نجاح العلاج وضـــع خطـــة مفـــصلة لتعميم آثار العلاج على مختلف المنبهات أو المواقف التى تـــستثير الـــسلوك الغيـــر الملائم.

أسلوب إيقاف التفكير:

تكلم ولبه عن أسلوب إيقاف التفكير كوسيلة لعلاج الوســـاوس أو التغلـــب علـــى الأفكار التى يتكرر ورودها على الذهن، وتؤدى إلى إثارة القلق دون أن يكون لهـــذه الأفكار أى جدوى أو أى أساس من الواقع. ويرجع هذه الأسلوب إلى ألكـــسندر بـــين Alexander Bain سنة ١٩٢٨، وقد أعاد اكتشافه تايلور فيما بعد J. G. Taylor ســـنة ١٩٥٥ (J. Wolpe & A.A. Lazarus, 1966; J. Wolpe, 1969).

وقد وصف ولبه خطوات هذا الأسلوب، والتى تبدأ بـــأن يطلـــب المعـــالج مـــن المريض أن يغلق عينيه ثم يستحضر التفكير الوسواسى، ويعبر عـــن هـــذا التفكيـــر بصوت مسموع. وأثناء ذلك يصيح المعالج "**توقف**"، وينبه المريض إلى أن التفكير قد توقف فعلاً، ويكرر ذلك عدة مرات يطلب بعدها من المريض أن يختبر فعاليـــة هـــذا الأسلوب بأن يقول لنفسه عند ورود التفكير الوسواسى "**توقف**"، وذلـــك دون صـــوت مسموع. وينبه المعالج المريض إلى أن الأفكار لن تختفى مرة واحدة، بـــل ســـتعاود الظهور من وقت لآخر إلى أن تختفى بفضل استخدام هذا الأسلوب الذى يتعين علـــى المريض استخدامه كلما عاودته الأفكار. وبعد ذلك يتجه الجهد إلى تعلم إخمـــاد كـــل فكرة وسواسية فى مهدها، ففى اللحظة التى يشعر فيها المريض بأن الفكرة على وشك الورود على ذهنه يقوم بكفها سريعاً، وذلك بتركيز انتباهه على شيء آخر. وبفـــضل هذا الأسلوب يتناقص معدل ورود الأفكار الوسواسية على الذهن إلى أن يتغلب عليها المريض ولا تعود تمثل مشكلة بالنسبة له (ibid, PP.224-225).

ويرى واكر وزملاؤه (Walker, et al, 1981) أن من الممكن تـــصور إيقـــاف التفكير نظرياً على أساس تصور نموذج العقاب. فصياح المعالج بأن يتوقف المريض عن الاستمرار فى الفكرة المتسلطة هو عبارة عن نتيجة ســـلبية، أو عقـــاب يـــستخدم لخفض تكرار السلوك غير المرغوب فيه. ولكن إذا أمعنا النظر نجد أن تفسير واكـــر وزملاؤه يمثل تبسيطاً زائداً، كما أنه لا يقدم لنا تفسيرً جيداً ومقنعاً. فقول المعـــالج "لا" أو "توقف" لا يمثل عقاباً فى الحقيقة. فليس له معنى العقاب فى تصور المريض. بـــل هو أقرب إلى أن يكون عبارة عن استبدال استجابة غير تكيفية باستجابة أخرى أكثـــر تكيفية، ألا وهي توقف التفكير الوسواسى والتفكير فى شئ مختلف. ولأن الاســـتجابة الجديدة تؤدى إلى التدعيم الإجتماعى وإلى مشاعر الارتياح الـــداخلى، فإنهـــا تحتـــل

تدريجياً مكان الإستجابة الأولى.. فالعلاج لا يكــون عقابيـــاً إلاً إذا أعقــب التفكيــر الوسواسى نوع من المنبهات المنفرة كإعطاء صدمة كهربية خفيفة مثلاً.

وقد استخدم أسلوب إيقاف التفكير بنجاح فى علاج أنواع أخرى من الاضطرابات النفــسية، مثــل التفكيــر الهــذائى delusional thinking، والهــلاوس، والأفكــار الاضطهادية، وغير ذلك من اضطرابات التفكير. كما اســتخدم أيــضاً فــى عــلاج المشكلات السلوكية التى ترجع إلى عمليات معرفية قهرية أو ملحــة تــسبق حــدوث السلوك. ومن أمثلة ذلك استخدام هذا الأسلوب كعنصر من العناصر التى يشتمل عليها علاج مشكلات الإدمان والسكر، خاصة فى السيطرة على الأفكار والــصور الذهنيــة التى تصاحب الرغبة الملحة فى تناول المخدر (حالة الخرمان)، والتى تزيــد بــشكل تصاعدى إلى أن يصل الشخص المدمن إلى نقطة الاستسلام والقيام بتعــاطى المــادة المخدرة.

ويمكن من خلال التقدير السلوكى المعرفى تحديد نمط الاستجابات المعرفية التى يمر بها المدمن، مع ترتيبها ترتيباً تصاعدياً. ومن الممكن عندئذ قطع هذه السلــسلة أو الحلقة المفرغة التى يمر بها المدمن قبل أن يصل به الدافع إلى مستوى من القــوة لا يستطيع مقاومته بما يجعل التعاطى أمراً شبه حتمى. فهذه الصور الذهنية (البــصرية، والسمعية، والشمية، والتذوقية، واللمسية)، وكذلك الأفكار التى يمر بها الفــرد، ومــا يصاحبها أو يترتب عليها من مشاعر وجدانية؛ كل ذلك يؤدى إلى تراكم جهد الإثــارة excitatory potential، (إذا استخدمنا اصطلاحات كلارك هل). وعندما يزيــد جهــد الإثارة (أو الاستجابة) ليصبح أعلى من مستوى عتبة الاســتجابة تــصدر الاســتجابة الفعلية عن الفرد.

وبذلك تكون العناصر الأساسية لهاذ النوع من العلاج بإيقاف التفكير مع التنفيــر على النحو التالى:

١- إعداد قائمة متدرجة من المنبهات المعرفية التى تسبق السلوك
٢- استحضار المنبهات فى الذهن
٣- تعليمات التوقف التى يعطيها المعالج
٤- إعطاء المنبه المنفر

ومن الدراسات الإكلينيكية التى أجريت لتقييم الآثار العلاجية لأســلوب توقــف التفكير دراسة لومباردو وتيرنر على علاج مريض بالفصام المزمن، يبلغ ٢٥ عامــاً، وكان من المترددين على أحد المستشفيات النهاريــة (T. W. Lombardo & S. M. Turner, 1979). وكان المريض يمضى وقتاً طويلاً فى اجترار أفكار تــدور حــول علاقات جنسية غيرية متخيلة. وقد سببت له هذه الأفكار الشعور بالاكتئاب. وفى وقت

العلاج لم تكن هناك أعراض ذهانية نشطة (بجانب هذه الأفكار)، كما كان المـــريض يتناول دواء التوفرانيل. وتم تحديد المستوى القاعدى (قبل العلاج) للأفكار الوسواسية. وقد تم ذلك بإعطاء المريض نموذج خاص يسجل عليه أوقات البداية والنهايـــة لكـــل فكرة وسواسية، وذلك لمدة ستة أيام. وبعد ذلك تم العلاج بالسير على خطة متدرجـــة، تبدأ من إيقاف التفكير فى الأفكار المحايدة، وبعد ذلك إيقاف الأفكار المتوســـطة فـــى درجة الإزعاج، وفى النهاية الأفكار الأكثر إزعاجاً. كما تم أيضاً الانتقال مـــن قيـــام المعالج بتوجيه تعليمات إيقاف التفكير إلى تدريب المريض وقيامـــه فعـــلاً باســـتخدام التعليمات بنفسه.

وقد أدى استخدام هذا الأسلوب إلى انخفاض المدة المستغرقة يومياً فى الوساوس إلى ما يقرب من الصفر. على أن الأفكار الوسواسية عادت إلى الظهور عندما توقف العلاج لمدة عشرة أيام. ومع استئناف العلاج مرة أخرى اختفت الوساوس، كما استمر اختفاؤها فيما بعد لمدة تصل إلى ستة أسابيع وذلك بعد توقف العلاج مرة أخرى.

وقد انتهى الباحثان من هذه النتيجة إلى أن أسلوب إيقاف التفكير أسلوب علاجى فعال بصرف النظر عن مضمون الوساوس. كما تشير الدراسة إلى إمكانية اســـتخدام هذا الأسلوب مع الجماعات المرضية المختلفة.

تعقيب على أساليب العلاج المستتر:

أصبح الكثير من أساليب العلاج المستتر أثراً بعد عين، وانتقل إلى عداد تـــاريخ العلاج السلوكى، وذلك باستثناء القليل من أساليب الإشراط المستتر، خاصة أســـلوب إيقاف التفكير فى علاج الوساوس، وأسلوب التنفير المستتر السابق الذكر، فى محاولة التحكم فى أشكال السلوك غير المرغوب اجتماعيا، مثل تعاطى الخمور والمخـــدرات، والانحرافات الجنسية، والإفراط فى تناول الطعام. ومع ذلك فهذه الأساليب المتبقية لا تستخدم كعلاج قائم بذاته، بل ضمن عملية علاجية متكاملة تشتمل على استخدام العديد من الأساليب العلاجية الأخرى. (K. S. Dobson, 1991)

ثانياً: العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى :

يمثل العلاج السلوكى العقلانى–الانفعالي أسلوباً فى العلاج النفسى يرتكز علـــى نظرية فى الشخصية، كما يستند على وجهة نظر فلسفية فى الفرد والمجتمع. وقد بـــدأ ألبرت إليس Albert Ellis صياغة هذا العلاج فى منتصف الخمسينات (١٩٥٥)، كما قدم مقالاً عن العلاج العقلانى الانفعالى فى اجتماع رابطة علم النفس الأمريكية APA فى شيكاجو فى عام ١٩٥٦ A. (Ellis & R. A. Harper, 1975). وتمتـــد الجـــذور

الفلسفية لهذا العلاج إلى أقدم العصور فى فلسفات الرواقيين مثل إبيكتيت، والامبراطور الرومانى الفيلسوف ماركوس أوريليوس، وقد تأثر إليس أيضاً بالفيلسوف اليونانى أبيقور، والفيلسوف الألمانى عمانويل كانت. كما تأثر بالفيلسوف البريطاني برتراند رسل، وبالفلاسفة الوجوديين، وغيرهم من الفلاسفة الذين عاشوا وفقاً لفلسفتهم أو عاشوا فلسفتهم. كما تأثر أيضاً بأفكار ألفرد آدلر وكارن هورنى وإن يكن ألبرت إليس قد خالفهم بالطبع فى صلب أفكاره (W. Dryden & A. Ellis, 1988).

والفكرة الأساسية للعلاج السلوكى العقلانى الانفعالى هى أن التفكير اللاعقلانى irrational يؤدى إلى المشاعر والانفعالات غير الملائمة والتى تؤدى بدورها إلى نشوء المشكلات السلوكية. ويذكرنا هذا بقول الفيلسوف الرواقى القديم فى القرن الأول الميلادى" يشعر الناس بالشقاء ليس بسبب الأشياء (التى من حولهم) بل بسبب الأفكار التى يكونوها عن تلك الأشياء".

ويرى ألبرت إليس أن العصاب ينشأ ويستمر كنتيجة لأفكار غير سليمة وغير عقلانية (غير منطقية). فالفرد قد يعتقد فى أهداف غير واقعية، مستحيلة، أو ينشد الكمال الذى يتجاوز حدود الواقع. ويذكر إليس أن التفكير العقلانى يتصف بالخصائص التالية:

١- أنه ينبنى على أساس الوقائع الموضوعية وليس على الآراء الذاتية.
٢- إذا اتبع الإنسان التفكير العقلانى ترتب على ذلك المحافظة على الحياة، بدلاً عن الموت أو الإصابات.
٣- إذا اتبعه الإنسان تمكن من صياغة أهدافه فى الحياة وتحقيقها بأسرع ما يمكن.
٤- إذا اتبعه الإنسان مكنه ذلك من منع حدوث الصراع الشخصى أو البيئى غير المرغوب.

وبإيجاز يساعد التفكير العقلانى على تحقيق البقاء والسعادة للإنسان. ويؤكد العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى على أهمية القيم الإنسانية.. تلك القيم التى تؤثر تأثيراً كبيراً فى وعى الإنسان بل وفى حدوث التغيرات العلاجية. وبذلك فإن تبنى قيم عقلانية يؤدى إلى التوافق، أما تبنى القيم المطلقة أو التى تفترض الكمال فى الإنسان فإنه يؤدى إلى حدوث المشكلات (A. Ellis, 1976).

ويورد ألبرت إليس اثنتى عشرة فكرة لامعقولة يرى أنها السبب الكامن وراء معظم الاضطرابات الوجدانية التى يتعرض لها الإنسان، ونعرض لها فيما يلى:

١- إن من الضرورات اللازمة للإنسان أن يحبه ويرضى عنه كل إنسان فى مجتمعه.

٢- أنه يجب على الإنسان أن يكون قادراً وكفؤاً وناجحاً فى كل النواحى إذا أراد أن تكون له قيمة.
٣- بعض الناس سيئون أو أشرار أو أسافل ويجب لومهم وعقابهم بشدة على ذلك.
٤- أنه لأمر فظيع بل كارثة أن لاتسير الأمور كما نحب.
٥- يرجع شقاء الإنسان إلى أمور خارجة عنه، وأنه ليست للإنسان القدرة على التحكم فى أحزانه واضطراباته.
٦- أنه إذا كان هناك شىء خطير أو مخيف فإنه يجب على الإنسان أن يقلق وأن يهتم به اهتماماً شديداً، وأن يواصل التفكير فى احتمال وقوعه.
٧- تجنب الصعوبات والمسئوليات أيسر من مواجهتها.
٨- يجب على الإنسان أن يعتمد على غيره، كما أنه يحتاج إلى الاعتماد على من هو أقوى منه.
٩- أن ماضى الإنسان هو أهم محددات سلوكه الحاضر، وإذا أثر شىء ما تأثيراً قوياً على حياة الفرد فى الماضى، فلا بد وأن يظل تأثيره مستمراً إلى مالا نهاية.
١٠- أنه ينبغى على الإنسان أن ينزعج بشدة لما يحدث للآخرين من مشكلات أو اضطرابات.
١١- أن هناك دائماً حل واحد صحيح ودقيق وله صفه الكمال للمشكلات الإنسانية، وعدم الوصول إلى هذا الحل يمثل كارثة.
١٢- يجب أن يكون للإنسان سيطرة تامة وأكيدة على كل الأمور.

نظرية (أ- ب - ج) فى العلاج السلوكى العقلانى الإنفعالى:

يحلل ألبرت إليس العمليات النفسية إلى العناصر التالية:

أ - الأحداث المثيرة أو المؤثرة activating events.
ب- نسق الإدراك والمعتقدات والأفكار.
جـ- النواتج: وهى الانفعالات والسلوك.

ويمثل العنصر الأول وهو الأحداث المثيرة أحداث الحياة الحقيقية، أو بعبارة أدق (فينومينولوجياً) إدراك الأحداث الخارجية، مثل وجود مشكلات فى علاقة الشخص بالآخرين. وأما نسق المعتقدات فهو يشمل النواحى المعرفية والإدراكية والآراء والاعتقادات. وتشمل الانفعالات أنواع الانفعالات المختلفة السلبية منها والإيجابية. وقد أكد إليس منذ البداية أنه لايجبو النظر إلى النواحى المعرفية والوجدانية والسلوكية على أنها عمليات منفصلة إحداها عن الأخرى، بل يجب النظر إليها على أنها تعتمد إحداها على الأخرى، وتتفاعل إحداها مع الأخرى. وبذلك لا

يتفــق إليس مع الذين تصوروا أن التأثير يحدث فى اتجاه واحد هــو أن العمليــات المعرفية تؤثــر على العمليات الانفعالية.

على أن ألبرت إليس يعطى دوراً مركزياً للعمليات المعرفية بوجه عــام ولعمليــات التقييم بشكل خاص. ولذا يتكلم المختصون عن الأفكار العقلانية (المنطقية إن صــح هــذا التعبير) أو غير العقلانية. ويرى ألبرت إليس أن الإنسان ميال بطبعه للتفكير اللاعقلانــى. فمن السهل على الناس أن يتجهوا إلى المطالب المطلقة التى يتطلبونها من أنفسهم أو مــن غيرهم أو من العالم من حولهم (Dryden & Ellis, 1988). فالتفكير اللاعقلانى شائع بــين البشر فى مختلف الثقافات، ومستويات الذكاء، وعند المتدينين والملحدين على حد ســواء، ورغم جهود التربية والتنشئة منذ الصغر. فالإنسان فى نظر إليس معرض للخطأ ويرى أن الكمال ليس من صفات الإنسان (بل نضيف نحن هنا أن الكمال من صــفات الله وحــده). ورغم ذلك فبمقدور الإنسان أن يفكر وأن يمارس قدرته على اختيار العمل علــى تغييــر الأفكار اللاعقلانية. وبذلك فهو ليس عبداً لتلك الأفكار اللاعقلانية.

طبيعة الاضطراب النفسى :

يرى ألبرت إليس أن المصدر الأساسى للمشكلات النفسية هو ميل الأفراد إلــى عمل تقييمات جازمة أو مطلقة لما يدركونه من أحداث فــى حيــاتهم. وتأخــذ هــذه التقييمات صورة "يجب على.." أو "ينبغى على..."، أو "لابد مــن ..". ويــؤدى تبنــى الأفراد لهذه التقييمات المطلقة إلى عدد من الاستنتاجات التى تترتب عليهــا أو تــشتق منها. وهذه الاستنتاجات بدورها لاعقلانية أيضاً لأنها تعوق الفرد عن الوصول إلــى أهدافه. ومن هذه الاشتقاقات: التهويل awfulizing، حيث يرى أن كل شيء يتــصف بالسوء والشؤم؛ وتعليق كل شيء على تحقق الهدف، فيرى الشخص أنه لن يــذوق أى طعم للسعادة على الإطلاق مالم يتحقق شئ ما؛ والإدانة damnation، أو حكم الإنسان على نفسه أو على الآخرين بأنه (أو أنهم) تحت مستوى البشر.

كذلك يصوغ الناس العديد من الفروض اللا منطقية ومن أمثلتهــا: (A. Ellis & W. Dryden, 1988).

١- التفكير بطريقة كل شيء أو لاشيء (التعميم المفرط).
٢- القفز للنتائج التى لاتتسق مع المقدمات.
٣- قراءة الطالع، مثل قراءة أفكار الناس وتوقع تصرفاهم بطريق أو بأخرى.
٤- التركيز على السلبيات.
٥- تأويل الإيجابيات تأويلاً سلبياً، حيث يرى أن مدح الآخــرين لإنجازاتــه إشــفاق عليــه.

٦- الحكم بأن كل شيء سيكون أو لن يكون بصورة أو أخرى.
٧- التهوين من قيمة الإنجازات أو الإيجابيات.
٨- التفكير الانفعالى.
٩- التعميمات الزائدة.
١٠- أخذ الأمور بطريقة شخصية.
١١- الكلام الزائف.
١٢- طلب الكمال المطلق.

ويركز المعالج على ما يعبر عنه الشخص من الأفكار اللاعقلانية، والالتزامات المطلقة غير المشروطة. وهو ما يشكل المحور الفلسفى للاعتقادات اللاعقلانية والتى تؤدى إلى الاضطراب الانفعالى. وإذا لم يتم اكتشاف هذه الاعتقادات الخاطئة ومساعدة المريض على التخلص منها، فإن المرضى سوف يحتفظون بها فى الغالب، وسوف يولدون منها اشتقاقات لاعقلانية. وهنا ينقب المعالج عن تلك المبالغات والتهويلات وغيرها من صور التفكير الغير المنطقى، والتى تنشأ كنتيجة للتفكير المطلق للفرد فى نفسه، أو فى الآخرين، أو فى العالم من حوله، خاصة عند مواجهة الإحباط.

العــــلاج :

يشجع المعالج المريض على استبدال التفكير المطلق بالتفكير النسبى. ويمكن التفكير النسبى الفرد من إعطاء درجات متفاوتة من الحسن والسوء بدلاً عن الأحكام المطلقة على الأمور. كما يساعد الفرد على تنمية القدرة على تحمل المواقف الصعبة، والعمل على تغييرها إذا أمكنه ذلك، كما يساعده على تقبل نفسه وتقبل الآخرين باعتبار أنه بشر معرض للخطأ وأن الإنسان ليس معصوماً من الأخطاء. ويرى إليس أنه إذا كان الاعتقاد فى الضرورات والواجبات المطلقة هو صلب الاضطراب النفسى، فإن الفلسفة التى تعتمد على النظرة النسبية للأمور، أو ما يسميه إليس الرغبة desiring، هى الخاصية المميزة للأشخاص الأصحاء نفسياً.

وأول مايترتب على هذه النظرة النسبية ذلك التقدير الكمى المتدرج لدرجات الحسن والسوء فى الأشياء والمواقف، بدلا عن الحكم على الأمور بأنها جيدة أو سيئة على وجه الإطلاق.

وثانيها: هو تحمل المواقف المحبطة، ومحاولة تغيير الموقف أو تغيير الهدف إن استحال الوصول إليه.

وثالثها: التقبل، أى تقبل النفس وتقبل الآخرين باعتبار الجميع بشر غير معصومين بل عرضة للخطأ.

ويميز إليس أيضاً بين الانفعالات السلبية المناسبة والانفعالات السلبية غير المناسبة. وترتبط الانفعالات المناسبة (السلبية منها والإيجابية) بالاعتقادات العقلانية أما الانفعالات غير المناسبة فترتبط بالاعتقادات اللاعقلانية. ويعطى إليس (ibid) أمثلة لأكثر الانفعالات السلبية المناسبة شيوعاً على النحو التالى:

١- الشعور بالانشغال فى مقابل القلق concern versus anxiety.
٢- الحزن فى مقابل الاكتئاب sadness versus depression.
٣- الشعور بالأسف فى مقابل الشعور بالذنب regret versus guilt.
٤- الشعور بخيبة الأمل فى مقابل الشعور بالعار والخزى disappointment versus shame/embarrassment.
٥- الضيق فى مقابل الغضب annoyance versus anger.

ويوضح إليس أن العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى لاستهدف المشاعر السلبية المناسبة فى العلاج بل يستهدف المشاعر السلبية غير المناسبة. فمثلا لايستهدف المعالج منع المريض من الشعور بالحزن لوفاة شخص عزيز عليه خلال فترة الحداد (والتى تمتد إلى حوالى أربعين يوماً).

ويرى إليس أن العلاج النفسى المتميز والذى يترك آثاراً باقية هو ذلك العلاج الذى يتضمن قيام الأفراد بإعادة البناء الفلسفى لاعتقاداتهم اللاعقلانية. ولإحداث التغيير الفلسفى يتعين على الناس القيام بما يلى:

١- أن يدركوا أنهم يخلقون (إلى حد كبير) اضطراباتهم النفسية، ورغم أن الظروف البيئية يمكن أن تسهم فى حدوث المشكلات، فإنها ذات اعتبار ثانوى عندما نكون بصدد عملية التغيير.
٢- أن يدركوا تماما أن لديهم القدرة على التغيير الجوهرى لهذه الاضطرابات.
٣- أن يفهموا أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تنشأ إلى حد كبير عن الاعتقادات اللاعقلانية المطلقة والجازمة.
٤- أن يكتشفوا اعتقاداتهم اللاعقلانية وأن يميزوا بينها وبين البدائل العقلانية.
٥- أن يفندوا تلك الاعتقادات اللاعقلانية باستخدام المناهج العلمية المنطقية الامبيريقية.
٦- أن يعملوا على تشرب تلك الاعتقادات العقلانية الجديدة باستخدام طرق التغيير المعرفية والانفعالية والسلوكية.
٧- أن يستمروا فى عملية تحدى وتفنيد الاعتقادات اللاعقلانية باستخدام طرق التغيير المتعددة الجوانب طيلة حياتهم بعد ذلك.

وقد قارن ألبرت إليس بين العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى وبين العلاجات السلوكية المعرفية الأخرى بما يضيق المقام عن تفصيله فى هذا العرض الموجز. ومن بين ما يلاحظه إليس أنه يتبنى فى نظريته وجهة نظر وجودية إنسانية، وأن المشكلات النفسية تنشأ كنتيجة لأخذ الحياة بجدية شديدة، كما أنه يستخدم العديد من طرق العلاج "بروح المرح والفكاهة". كما أنه يميز بين المشاعر السلبية العقلانية واللاعقلانية. وأن المعالجين هنا يعطون للمريض القبول غير المشروط بدلاً عن الدفء العاطفى. ويؤكد العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى على استخدام النشاط والقوة فى محاجة الفلسفات ومظاهر السلوك اللاعقلانية، كما يحث المعالجين والمرضى على استخدام القوة والنشاط فى وقف الأفكار اللاعقلانية.

التطبيقات العلاجية :

يرى ألبرت إليس أن بناء علاقة علاجية فعالة بين المريض والمعالج عنصر هام، لكنه ليس عنصراً ضرورياً للعلاج الناجح. ويمكن للمعالج أن يستخدم أسلوباً موجهاً أو غير موجه فى العلاج. ودور المعالج أشبه بدور المربى أو المعلم الذى يحاول جهده خلق مناخ ملائم للتعلم.

ويتقبل المعالج هنا المرضى تقبلاً غير مشروط باعتبارهم بشر معرضون للخطأ، وإن لم يتقبل بعض أشكال السلوك التى قد تصدر عنهم خارج جلسات العلاج أو داخلها. وهنا يميز إليس بين التقبل والدفء، فالتقبل ضرورى، ولكن الدفء (فى العلاقة) قد يؤدى إلى زيادة حاجة المريض للحب والموافقة، وهو شئ غير صحى. وإن كان الدفء ضرورى أحياناً كما هو الحال فى حالة المريض شديد الاكتئاب، وذلك لفترة وجيزة.. ويتفق ألبرت إليس مع كارل روجرز حول أهمية التعاطف الوجدانى empathy. فالمعالج يبدى تعاطفه وتفهمه وإحساسه بمشاعر المريض، وأنه يتفهم فلسفته التى ترتكز عليها مشاعره.

كما يستخدم المعالج روح الفكاهة إذا كان ذلك مناسباً للموقف ولشخصية المريض وظروفه الخاصة بشرط ألا تتعلق روح الفكاهة بشخصية المريض وإن تناولت أحياناً بعض مظاهر سلوكه.

عملية العلاج :

يقوم المعالج فى البداية بإعطاء المريض تثقيفاً أو شرحاً حول طبيعة العلاج العقلانى المعرفى. ثم يقوم المعالج بعد ذلك بعملية الفحص أو التقييم. وهنا قد يجيب المفحوص على بعض الاستخبارات التى توضح بعض الأفكار اللاعقلانية التي يعبر

عنها تلقائياً. كما يقوم بوضع المعلومات التى جمعها فى صورة خاصة، هـى: أ، ب، ج. ويقوم بربط (أ) المواقف (ب) بالأفكار و(ج) بالمشاعر والانفعالات. ونعرض هنا لمثال لجمع المعلومات خلال جلسات العلاج.

مثال:

المعالج: وماذا كان شعورك هنا؟

المريضة: أظن أننى شعرت بالغضب.

المعالج: الغضب لماذا؟ (هنا حصل المعالج على "ج"، ويريد الوصول إلى "أ")

المريضة: لقد شعرت بالغضب لأنه لم يرسل إلى بطاقة تهنئة بعيد ميلادى (هنا يقدم المريض "أ")

المعالج: وما الذى أغضبك فى ذلك؟ (محاولة الاستقصاء لمعرفة ما إذا كانت "أ" هى الأكثر تعلقاً)

المريضة: حسناً، لقد وعدني بأنه سوف يتذكر. (أ ٢)

المعالج: تقصدين لأنه أخلف وعده؟ (استقصاء للتحقق من أ ٢)

المريضة: شعرت بأنه لم يهتم بى بما فيه الكفاية. (أ٣)

المعالج: دعينا نفترض صحة ذلك لمدة دقيقة واحدة. ما الذى يضايقك فى ذلك هنا؟

المريضة: ربما أنه سوف يتركني (أ ٤)

المعالج: وماذا إذا فعل ذلك؟

المريضة: سأعيش وحيدة. (أ ٥)

المعالج: وماذا إذا عشت وحيدة؟

المريضة: لن أتحمل ذلك. (اعتقاد لاعقلانى)

المعالج: طيب.. دعينا نرجع قليلاً إلى الوراء. ما الذى يمكن أن يكون أكثر إزعاجاً لك: عدم إرسال بطاقة عيد ميلاد لك، أو خلف الموعد، أو حقيقة أنه لا يهتم بك، أو أن يتركك تعيشين وحيدة؟ (يحاول المعالج هنا معرفة أى "أ" هى الأكثر تعلقاً.

المريضة: بالتأكيد أن أكون وحيدة.

ويوضح المثال السابق أنه يتم ربط الاستدلالات ببعضها البعض، كما يتم ربطها بالانفعالات أيضاً. فهنا يتم ربط الغضب بمشاعر القلق من أن تصبح تلك الزوجة وحيدة. ويصعب أحياناً وصف الآثار السلوكية أو الانفعالية (ج). وهنا يستعين المعالج ببعض الأساليب مثل أسلوب الكرسى الخالى، أو أساليب الدراما، أو التخيل وغيرها من الأساليب كالتسجيل اليومى للخبرات السلوكية والانفعالية التى يمر بها الفرد.

وعند الكشف عن الآثار السلوكية أو الانفعالية السلبية يتجه المعالج إلى مساعدة المريض على التعرف على الاعتقادات اللاعقلانية المتصلة بتلك الآثار. ومن المهم هنا مساعدة المريض على أن يرى الصلة أو العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية (خاصة تلك التى تتعلق بالواجبات والالتزامات) والنتائج غير الملائمة المترتبة عليها (سلوكية كانت أو انفعالية).

وبعد أن يرى المرضى تلك العلاقات بين أفكارهم اللامعقولة وبين مشاعرهم السلبية، ينتقل المريض إلى مرحلة التفنيد disputing. والهدف الأول لهذه الرحلة هو مساعدة المريض على اكتساب الاستبصار بأنه لا يوجد دليل يؤيد تمسكهم باللوازم والواجبات المطلقة، والاشتقاقات اللاعقلانية المستمدة منها.

الأساليب العلاجية الرئيسية :

يذكر ألبرت إليس أن المعالجين لديهم حرية استخدام أية أساليب علاجية مستمدة من المدارس العلاجية الأخرى، على أن تستخدم هذه الأساليب فى ضوء نظرية العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى. ويصنف هذه الأساليب فى ٣ فئات هى: الأساليب المعرفية، والأساليب الانفعالية، والأساليب السلوكية. وسوف نعرض لتلك الأساليب باختصار فيما يلى:

أولاً: الأساليب المعرفية:

وأكثر الأساليب المعرفية شيوعاً تفنيد الاعتقادات العقلانية، وتشتمل على ثلاث خطوات:

أ - مساعدة المريض على أن يكتشف الاعتقادات اللاعقلانية التى تكمن وراء مشكلاته الانفعالية والسلوكية.
ب- مناقشة وتحرى صدق أو خطأ تلك الاعتقادات اللاعقلانية.
جـ- التمييز بين الاعتقادات العقلانية واللاعقلانية.

ويستخدم فى هذه المناقشة المنهج السقراطي المعروف باسم منهج "التهكم والتوليد" بجانب الأساليب الأخرى للمناقشة. كما يتم تشجيع المريض على قراءة المؤلفات المتعلقة بفلسفة العلاج العقلانى الانفعالى، وكذلك الاستماع إلى تسجيل جلسات العلاج، واستخدام مناهج العلاج العقلانى الانفعالى مع غيره من الناس.

كما تستخدم أساليب أخرى مثل التخيل العلاجى، والاسقاط الزمانى time projection. فمثلاً إذا قال المريض أنه يتوقع حدوث كارثة إذا وقع شىء معين (مثل فقدان شىء أو شخص عزيز)، يطلب منه المعالج أن يتخيل ذلك الموقف عند مراحل

مختلفة بعد وقوع ذلك الشيء. ويساعد ذلك المريض على أن يرى أن الحيـــاة ســـوف تستمر بعد وقوع ذلك الحدث الفظيع، وأنه سوف يقف على قدميه بعـــد ذلـــك، وأنـــه سيستمر فى محاولة الوصول لأهدافه فى الحياة، بل وصياغة أهداف جديدة.

ثانياً: الأساليب الانفعالية:

يطرح المعالج من البداية الاتجاه الانفعالى بالتقبل غير المشروط للمريض. كمـــا يستخدم المعالج العديد من الأساليب التى تعتمد على الفكاهة حتى يساعد المريض على تغيير روح الجدية الشديدة المبالغ فيها. ويستخدم المعالج أحياناً الشعر بل وحتى الغناء كوسائل مساعدة فى تفنيد الاعتقادات اللاعقلانية. كما تستخدم أيضاً بعض الأســـاليب الدرامية مثل لعب الأدوار، وأسلوب المقعد الخالى empty chair، وذلك بأن يطلب من المريض مثلاً أن يتخيل شخصاً ما (ذو أهمية خاصة بالنسبة له كـــالأم أو الـــزوج أو الصديق، الخ) يجلس على الكرسى المواجه له، ويطلب منه أن يعبر له عـــن أفكـــاره ومشاعره.

ثالثاً: الأساليب السلوكية:

يستخدم المعالجون أيضاً الكثير من الأساليب السلوكية المعروفة والتـــى تـــسهل حدوث التغير المعرفـــى. ومـــن أمثلـــة ذلـــك أســـاليب التطمـــين الحيـــة in vivo desensitization، وأساليب الفيض flooding، وذلك بدلاً عـــن اســـتخدام الأســـاليب المبنية على أساس الخفض المتدرج للحساسية أو المخاوف، والتى يرى إليس أنهـــا لا تساعد المريض على تنمية قدرته على تحمل الإحباط. كما يشجع المعـــالج المـــريض على البقاء فى المواقف المثيرة للقلق وعدم الهروب منها، وكذلك استخدام الأســـاليب المضادة لتأجيل القيام بالمسئوليات، وكذلك أساليب الثواب والعقاب.

وبوجه عام يتبنى المعالج وجهة نظر توفيقيـــة eclectic تأخـــذ مـــن المـــدارس العلاجية المختلفة ما يتمشى مع فلسفة العلاج العقلانى الانفعالى.

تقييم نظرية العلاج العقلانى الانفعالى :

تعرضت نظرية العلاج العقلانى الانفعالى للنقد من جانب بعض علمـــاء الـــنفس على أساس الافتقار إلى الدراسات والبحوث التى تقيم نتائج العلاج بالمقارنة بعدم تلقى العلاج أو بالعلاج الإيهـــامى (البلاســـيبو) (Wilson & O'Leary, 1980). غيـــر أن درايدن وإليس يعرضان العديد من الدراسات التى تؤيد القول بفعالية النظرية فى علاج المشكلات النفسية. وقد عرضا للدراسات التى اعتمدت على تصميم مقـــاييس تقـــيس التفكير اللاعقلانى، ثم تستخدم هذه المقاييس فى التعرف على مـــدى تـــوفر التفكيـــر

اللاعقلانى عند الفئات المرضية المختلفة (Dryden & Ellis, 1980). وقد بينت هذه الدراسات أن تلك المقاييس تتصف بالثبات والصدق. كما بينت أيضاً أن التفكير اللاعقلانى يرتبط بالمشاعر والسلوك المرضى لدى عديد من الفئات المرضية النختلفة كالمدمنين، والمرتفعين فى القلق، والاكتئاب، وغيرها.

كما يعرضان للدراسات التى أجريت لتقييم آثار العلاج، والتى تشير إلى التحسن فى نواحى متعددة مثل التوافق، والقلق، والاكتئاب، والمشكلات السيكوسوماتية، والمخاوف المرضية والعلاقات الزوجية.

ثالثاً: العلاج المعرفى عند آرون بيك :

طور آرون بيك Aaron Beck نظريته فى العلاج المعرفى بصورة مستقلة عن ألبرت إليس. وكما ذكرنا من قبل فإن ألبرت إليس قدم أول تقرير له عن العلاج العقلانى الانفعالى فى موتمر رابطة علم النفس الأمريكيية فى شيكاجو سنة ١٩٥٦، بينما نشر آرون بيك أول تقرير له عن العلاج المعرفى سنة ١٩٦٣ (A. Ellis, 1989). ويلاحظ أن هناك بعض وجوه الشبه بين النظريتين، وإن كان الاتجاه المعرفى عند بيك مبنى على أساس سلوكى إلى حد كبير (Wilson & O'Leary, 1980). ويستند إلى تصور نظرى يرى أن وجدان الفرد وسلوكه يتحددان بدرجة كبيرة بناءً على الطريقة التى ينظم بها العالم (فكرياً). وقد بدأ آرون بيك عمله الاكلينيكى باستخدام طرق التحليل النفسى. غير أنه سرعان ما رفض تفسير التحليل النفسى للاكتئاب بأنه غضب مرتد إلى الداخل. وآثر بدلاً عن ذلك أن يركز اهتمامه على محتوى التفكير السلبى للشخص المريض بالاكتئاب النفسى. وقد رأى بيك أن مريض الاكتئاب يعانى من تشوش فى معالجة المعلومات، ينتج عنه تلك النظرة السالبة للذات، وللمستقبل، وللعالم. وتكمن تلك النظرة السالبة وراء الأعراض المرضية السلوكية والانفعالية والدافعية للاكتئاب النفسى. ويطلق بيك على النظرة السالبة للذات والعالم والمستقبل اصطلاح "الثلاثى المعرفى". وتكمن قيمة النموذج المعرفى فى تأكيده على الأحداث العقلية التى يسهل الوصول إليها (الشعورية منها والقبل الشعورية preconscious) والتى يمكن تدريب المريض على ملاحظتها والحديث عنها مع المعالج.

ويركز المعالج المعرفى اهتمامه على أفكار المريض واعتقاداته وتوقعاته وتقييماته وإنحاءاته attributions بالمسئولية أو الأسباب. ويشجع المعالج المريض على النظر إلى تلك الاعتقادات التى تتضح أثناء الفحص والعلاج باعتبارها فروضاً تحتاج إلى الفحص للتحقق من صحتها. ومن خلال الفحص والدراسة المتأنية

للاعتقادات يستطيع المريض الوصول إلى وجهة نظر مختلفة. ومع حدوث التغير فى تفكير المريض واعتقاداته تبدأ مشاعره حول الموضوع فى التغير.

ومن خلال المحاولات المتكررة للتعرف على أفكار المريض واعتقاداته حول ما يمر به من أحداث، ومن خلال مناقشة تلك الأفكار والاعتقادات، تنخفض درجة انزعاج المريض وتنخفض أيضاً مشاعره السلبية نحو تلك الأحداث. كما يتضح للمريض من خلال ذلك أن مشاعره إنما تنتج عن أفكاره مما يزيد من إحساسه بالقدرة على التحكم فى مشاعره، ويزيد من شعوره بالأمل والتفاؤل والارتياح. كذلك يبدأ المريض بعد ذلك فى استعمال الأساليب المعرفية بنفسه فى المواقف التى تواجهه فى حياته اليومية. بل إن المريض يستمر فى استعمال تلك الأساليب حتى بعد انتهاء العلاج مما يقلل من حدوث الانتكاسات.

المخططات أو المنسوقات الذهنية schemata :

لا يتوقف المعالج عند حدود الأفكار والاعتقادات بل يبحث فيما وراءها عن تلك المخططات أو المنسوقات الذهنية التى تنتظم تلك الأفكار والمعتقدات. ومن خلال تحليل الكثير من الأمثلة على الاضطراب الانفعالى يستطيع كل من المعالج والمريض رؤية أن المريض لديه تلك الأنماط الفكرية أو البناءات المعرفية التى تكمن وراء الأفكار والاعتقادات الفردية. واكتشاف تلك المخططات الذهنية أكثر مشقة من اكتشاف الأفكار الأوتوماتيكية.

وتمثل هذه المخططات الفكرية محور الاضطراب المعرفى. وهى تشبه فى اتساعها وشمولها الأفكار اللاعقلانية عند ألبرت إليس. وتأخذ المخططات الذهنية صورة القضية: "إذا كان "أ" كذا ... فإن "ب" .....". ومن أمثلة ذلك: "إذا لم أكن كفؤا فى كل ناحية من النواحى، فإننى أكون إنساناً فاشلاً".

وبعد أن يتم الوصول إلى تلك المخططات الذهنية يقوم المعالج بمناقشتها مع المريض من ناحية صدقها أى درجة اتفاقها مع الواقع فى حياة المريض. كما يتم مناقشة جدواها أو فوائد وأضرار التمسك بها بالنسبة للمريض. ومن خلال تلك الاستكشافات والمحاورات العلاجية يتعلم المريض كيف ينظر إلى تفكيره نظرة فاحصة؛ بل يمكنه بعد ذلك أن يلاحظ أفكاره فى المواقف المختلفة ويعمل على تغيير تلك الأفكار التى تسبب له القلق أو الانزعاج. وبذلك يضعف تمسك المريض بتلك المخططات الذهنية، بحيث تحل مخططات جديدة أكثر إيجابية محل المخططات الذهنية القديمة.

الأخطاء المعرفية :

يرى بيك أن الناس جميعاً معرضون لأنماط معينة من الأخطاء المعرفية الشائعة. ويكثر حدوث تلك الأخطاء المعرفية بصورة خاصة فى حالات الاضطراب النفسى. ويقوم المعالج أثناء العلاج بشرح تلك الأخطاء المعرفية للمريض ويساعده على تعلم كيفية اكتشاف تلك الأخطاء وتغييرها. ويلاحظ أن هذه الأخطاء المعرفية تشبه الأفكار اللامعقولة عند ألبرت إليس. وسوف نتحدث هنا عن أهم تلك الأخطاء المعرفية وأكثرها شيوعاً.

١- **الاستدلال العشوائى:** ويشير ذلك إلى عملية استنتاج تعميمات أو استنتاجات محددة دون توفر الأدلة المنطقية التى تبرر ذلك الاستنتاج، أو عندما تكون الأدلة مناقضة للاستنتاجات.

٢- **التجريد الانتقائى: وهو** عبارة عن تركيز الانتباه على تفصيل محدود خارج السياق الخاص به. ويعنى ذلك تجاهل الملامح البارزة للموقف، وتصور الخبرة الكلية على أساس هذه التجزئة الانتقائية.

٣- **التعميم الزائد:** ويشير ذلك إلى استنتاج قاعدة عامة أو استنتاج عام على أساس عدد محدود من الأحداث المنعزلة التى لاتكفى لتبرير هذا الاستنتاج وتعميمه على مواقف أكثر اتساعا، قد تتصل أو لا تتصل بتلك الأحداث.

٤- **التكبير والتصغير:** وينعكس ذلك فى أخطاء تقييم دلالات أو حجم الأحداث بشكل مبالغ فيه، بما يؤدى إلى تشويه الحكم عليها بشكل مبالغ فيه.

٥- **النظرة الذاتية إلى الأمور:** ويشير ذلك إلى أخذ الأمور بطريقة شخصية، وإلى ميل الفرد إلى ربط الأحداث بشخصه عندما لا يتوفر أى أساس لهذا الربط.

٦- **التفكير الاستقطابى:** ويتمثل فى ميل الفرد إلى تصنيف الخبرات فى إحدى فئتين متضادتين (إما كذا أو كذا). مثال ذلك: الشىء إما أبيض أو أسود؛ أو أن الشىء إما نظيف أو قذر؛ أو أن الشخص إما ملاك أو شيطان. ويلاحظ فى هذا الصدد أن المريض يختار لنفسه الصفات السلبية.

الاستراتيجيات السلوكية فى العلاج المعرفى :

يستخدم المعالج المعرفى بعض الاستراتيجيات السلوكية لمساعدة المريض فى القيام بأشكال السلوك التى يجد صعوبة فى القيام بها. ومن هذه الأساليب تقسيم أو تجزئة المهام الصعبة إلى عدد من الخطوات الصغيرة التى يتدرب على ممارستها واحدة بعد الأخرى. فمثلا إذا كان من الصعب على الشخص إلقاء خطاب أو محاضرة، فقد يتم تقسيم هذه العملية إلى عدة خطوات أو مراحل. فمثلاً يبدأ الشخص

بإعداد النقاط الأساسية، ثم إعداد المواد اللازمة لتحضير الخطاب، ثم كتابة الخطاب، ثم التدريب على إلقاء الخطاب باستعمال جهاز تسجيل، يلى ذلك التدريب أمام بعض الأصدقاء أو أفراد الأسرة، إلى أن ينتهي بالإلقاء الفعلى للخطاب. ويحسن عند تقسيم تلك المراحل أن نبدأ بالمهام السهلة أولاً ثم نتدرج منها إلى المهام الأكثر صعوبة. ويساعد ذلك على تسهيل التدريب وعلى بث الثقة بالنفس.

أساليب العلاج المعرفى :

يتركز العمل العلاجى المعرفى حول استخدام الأداة المسماة بالسجل اليومى للأفكار المعوقة (أنظر الجدول رقم ١٢-١) Daily Record of Dysfunctional Thoughts، أو استخدام صورة معدلة من تلك الأداة. ويحتوى السجل اليومى للأفكار المعوقة على خمسة أعمدة. ويتعلق ثلاثة من هذه الأعمدة بالعناصر الآتية: الموقف، الافكار الأوتوماتيكية، الانفعالات، أما العمود الرابع فيحتوى على الاستجابة التكيفية (البديلة المضادة للاعتقاد اللاعقلاني). وفى العمود الخامس يسجل المريض النتائج بالنسبة لدرجة اعتقاده فى الأفكار الاوتوماتيكية، وكذلك درجة الانفعالات الناتجة. ويتم تدريب المريض على استخدام السجل اليومى، ويطلب منه استخدامه بصورة خاصة فى حالات الانفعالات الغير السارة. ويقوم المريض بإحضار هذه المعلومات إلى جلسات العلاج حيث يبدأ التدخل العلاجى.

الموقف	الانفعالات	الأفكار الأوتوماتيكية	الاستجابة العقلانية	الناتج
١- صف الحدث الفعلى الذى أدى إلى الانفعال السلبى، أو	١- حدد هل أنت حزين أو غاضب.. الخ	١- أكتب الأفكار الأوتوماتيكية التى سبقت الانفعال	١- أكتب الاستجابة العقلانية التى ترد بها على الأفكار الاوتوماتيكية	١- حدد مرة أخرى درجة اعتقادك فى الأفكار الاوتوماتيكية (من صفر إلى ١٠)
٢- تيار الأفكار او أحلام اليقظة أو الذكريات التى أدت إلى الانفعال السلبى	٢- حدد مقدار الانفعال (من صفر إلى ١٠)	٢- حدد درجة اعتقادك فى الأفكار الاوتوماتيكية (من صفر إلى ١٠)	٢- حدد درجة اعتقادك فى الاستجابة العقلانية (من صفرإلى١٠)	٢- حدد مقدار الانفعال الناتج (من صفر إلى ١٠)

شكل رقم (١٢-١) يبين السجل اليومى للأفكار المعوقة

ويتوقع أن تتغير درجة الاعتقاد فى الأفكار الأوتوماتيكية، وفى الأفكار العقلانية، وكذلك فى درجة الانفعال بعد القيام بتفحص الأفكار الأوتوماتيكية، ومعانيها أو دلالاتها، وبعد أن يتم تغييرها. ويدل عدم حدوث التغير المتوقع على أن عملية الفحص والتحليل لم تتم بشكل جيد، وأن هناك حاجة للمزيد من الفحص خاصة لمعانى ودلالات الأفكار.

وهناك عدد من الأسئلة الهامة التى تساعد على القيام بعملية فحص وتحليل الأفكار الأوتوماتيكية وتغييرها. ومن أهم تلك الأسئلة:

١- ما هى الأدلة المؤيدة والمناقضة للاعتقاد؟
٢- ما هى التفسيرات البديلة للحدث أو الموقف؟
٣- ما لذى يترتب على الاعتقاد إن كان صحيحاً؟

الأخطاء المعرفية:

وبجانب الأسئلة الثلاث السابقة يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يعرف ما إذا كان تفكيره يندرج تحت إحدى فئات الأخطاء المعرفية السابقة الذكر أم لا. كما يساعد المعالج المريض على التخلى عن الاستنتاجات غير المنطقية، أو أن يتخذ موقفاً أكثر اعتدالاً بدلاً عن النظرة المتطرفة للأمور، وأن يحلل استنتاجاته ويتفهم معانيها ثم يقوم بتصحيحها بناءً على ذلك.

وبجانب ذلك يقوم المعالج بالعمل مع المريض على استكشاف تلك الاعتقادات الدفينة الكامنة وراء الاعتقادات السطحية. ويستخدم المعالج أحياناً بعض الأدوات المساعدة مثل استمارة الاتجاهات المعوقة Dysfunctional Attitude Schedule، والتى تساعد على التعرف على أهم مجاميع الاتجاهات أو المخططات المعرفية التى تسبب المتاعب.

ويشتمل العلاج كذلك على استخدام عدد من الأساليب السلوكية، ومنها تكليف المريض بالقيام بالأعمال والأنشطة المختلفة بهدف تغيير المسلمات الذهنية التى أصبحت جزءاً من نسقه المعرفى المسبب للمرض، مع تخطيط هذه الأنشطة بشكل جيد ومبسط، بحيث تنمى الاحساس بالنجاح والسيطرة لدى المريض.

كما تستخدم الخبرات السارة لتغيير الحالة المزاجية للمريض. وكثيراً ما نلاحظ لدى المريض مقاومة للاندماج فى الخبرات السارة التى يكلف بالقيام بها بين جلسات العلاج. ويمكن هنا الاستعانة ببعض أدوات القياس لتخطيط هذه الأنشطة، مثال ذلك استمارة المدعمات التى سبق الإشارة إليها عند حديثنا عن الأساليب السلوكية فى

العلاج. كما تستخدم أيضاً أساليب التدريب على الجرأة الاجتماعية[٢]، ولعب الأدوار role play. كما تستخدم أيضا أساليب تصحيح الإنحاء (باللوم) reattribution. فمن المعروف أن أحد الأخطاء المعرفية الشائعة فى الاكتئاب النفسى أن ينحى المريض باللائمة على نفسه، وبصورة مبالغ فيها، فى كل ما يحدث له من أشياء سيئة. ويستهدف العلاج هنا إعادة تقييم المريض للأمور تقييماً موضوعياً وواقعياً، وتحديد المسئولية بشكل موضوعى دون قسوة على النفس أو لوم لا مبرر له للذات. كذلك قد يتضمن العلاج تدريب المريض على كيفية حل المشكلات واتخاذ القرارات.

رابعاً: نظرية التعديل السلوكى المعرفى عند مايكنبام :

قدم مايكنبام Meichenbaum نظرية فى العلاج حاول فيها أن يربط بين النظريات المعرفية من ناحية وبين تكنولوجيا العلاج السلوكى من ناحية أخرى. وتعتبر هذه النظرية بمثابة محاولة للوصول إلى تصور علمى أفضل للعمليات المعرفية، ومحاولة لفهم دورها فى تغيير السلوك. ويرى مايكنبام أن العمليات المعرفية تؤدى دوراً مركزياً بالنسبة إلى السلوك. وهو يستشهد فى ذلك بما يقوله العالم السوفييتى سوكولوف Sokolov عن الحديث الداخلى inner speech. "فالحديث الداخلى ليس شيئاً سوى حديث المرء لنفسه، أو هو عبارة عن كلام لفظى مستتر، وهو فى حقيقة الأمر عبارة عن المعالجة المنطقية للمعطيات الحسية، فى محاولة لإدراكها وفهمها فى نطاق نسق محدد من المفاهيم والأحكام. وتتواجد عناصر الحديث الداخلى فى كل إدراكاتنا الواعية، وأفعالنا، وخبراتنا الانفعالية، حيث تبدو لنا كوجهات sets لفظية، أو تعليمات يصدرها المرء لنفسه، أو كتفسير لفظى للإحساسات والإدراكات. وهذا ما يجعل الحديث الداخلى آلية (ميكانيزم) هامة وشاملة" من خلال: (Meichenbaum, 1979, P. 12).

و لايعتبر ميكنبام الحديث الداخلى مرادفاً للتفكير كما فعل واطسون، بل إنه يرى أن الحديث الداخلى هو أحد المظاهر الهامة لعملية التفكير. ويستند ميكنبام إلى دراسات علماء النفس الذين اهتموا بدور اللغة فى توجيه السلوك والتحكم فيه، خاصة عالم النفس السوفياتى لوريا Luria. وقد أجرى لوريا وزملاؤه الكثير من التجارب التى أكدت أهمية الحديث الداخلى فى تعديل العمليات المعرفية، وفى إدراك البيئة بما يسهل التعامل مع تلك البيئة. فاللغة تساعد على انتقاء مظاهر معينة من البيئة يستجيب لها الفرد، كما تساعد على كف بعض الأفعال، وتنظيم بعضها الآخر. ومن الملاحظات الشائعة استخدام الطفل للغة التى ينطقها بصوت مسموع فى تنظيم أفعاله. كما يلاحظ

2 - assertiveness training.

أن الطفل يتخلى شيئاً فشيئاً عن استخدام الصوت المسموع ليصبح بعد ذلك حديثاً داخلياً غير مسموع.

كذلك يلاحظ أن تطور استخدام اللغة فى توجيه الأفعال يأخذ مساراً محدداً. ففى البداية يقوم الآباء بتنظيم سلوك الطفل وتوجيهه بواسطة التعليمات التى يصدرونها للطفل. وفى المرحلة التالية يكتسب الأطفال القدرة على توجيه سلوكهم والتحكم فيه من خلال استخدام اللغة بصوت مسموع. وفى النهاية يقوم الأطفال بالامتصاص الداخلى internalization للتعليمات بحيث تصبح تعليمات داخلية ذاتية مستترة. (المرجع السابق)

وقد كانت نقطة البداية فى تطوير مايكنبام لأساليبه المعرفية علاج حالات الأطفال المفرطى النشاط hyperactive. وقد استخدم مايكنبام أسلوباً علاجياً يستند إلى دور الحديث الداخلى فى توجيه السلوك، وذلك فى علاج سلوك أولئك الأطفال ذوى النشاط المفرط أو المتصف بالعدوانية أو الاندفاع. وقد طور مايكنبام أسلوباً يستند إلى تصور معرفى لطبيعة القصور الذى يعانى منه هؤلاء الأطفال والذى يؤدى إلى حدوث تلك الاضطرابات السلوكية. فالدراسات العديدة التى أجريت على هؤلاء الأطفال تشير إلى أنهم لا يقومون عادة وبشكل تلقائى بتحليل خبرتهم بالوسائط المعرفية (اللفظية والمتخيلة)، ولا يصوغون القواعد التى يمكن أن توجههم فى مواقف التعلم الجديدة. وبناءً على ذلك رأى مايكنبام أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تعلم تعليمات ذاتية أكثر تكيفاً. ويشمل ذلك تعلم عدد من المهارات:

١- فهم المهام التى يتعين عليهم القيام بها.
٢- القيام تلقائياً بإنتاج أو صياغة الوسائط اللفظية واستراتيجيات التحكم فى السلوك.
٣- استخدام تلك الوسائط فى توجيه ورقابة السلوك والتحكم فى الأداء.

ويحقق تعلم استخدام مهارات التوجيه الذاتى هدفين أساسيين:

١- اكتساب مهارات جديدة، حيث يفيد استخدام التعليمات الذاتية كموجهات أو هاديات لتذكر التسلسل المناسب للسلوك، أو لإعادة توجيه السلوك وتصحيحه.
٢- تصحيح السلوك اللاتكيفى: وهنا تفيد التعليمات الذاتية فى وقف السلسلة السلوكية أو المعرفية الآلية (الأوتوماتيكية)، وتنبه إلى استخدام استجابات أكثر تكيفاً.

خطوات البرنامج العلاجى:

يشتمل البرنامج العلاجى الذى استخدمه مايكنبام وجودمان على الخطوات التالية:

١- يقوم شخص راشد بدور القدوة، فيؤدى المهمة أمام الطفل بينما يكلم نفسه بصوت مسموع (القدوة المعرفية).

٢- يؤدى الطفل نفس المهمة فى ظل توجيه الشخص القدوة (توجيه خارجى ظاهر).
٣- يؤدى الطفل المهمة بينما يعطى لنفسه التعليمات بصوت مسموع (توجيه ذاتى ظاهرى).
٤- يهمس الطفل لنفسه بالتعليمات أثناء قيامه بالمهمة (توجيه ذاتى، تجرى ازالته).
٥- يؤدى الطفل المهمة بينما يوجه نفسه من خلال الحديث الداخلى (توجيهات ذاتية مستترة).

ويقدم المجرب مجموعة التعليمات الذاتية أثناء قيامه بدور القدوة أمام الطفل، بينما يتدرب الطفل على القيام بالمهمة خلال عدد من الجلسات. وتستخدم أيضاً أساليب تسلسل الاستجابات chaining، والاقتراب المتدرج successive approximation فى زيادة التعليمات وبنائها بصورة أشمل وأكبر.

وتشتمل التعليمات التى يقدمها المجرب كقدوة على العديد من المهارات المتصلة بأداء المهمة، مثال ذلك:

١- تحديد المشكلة تحديداً واضحاً.
٢- تركيز الانتباه وتوجيه الاستجابات.
٣- التدعيم الذاتى.
٤- مهارات التقييم الذاتى للتغلب على المشكلة وتصحيح الأخطاء.

وقد استخدم أسلوب التعديل السلوكى المعرفى فى علاج الكثير من المشكلات. فلقد استخدم بنجاح فى خفض القلق، مثال ذلك التغلب على قلق الامتحانات، وقلق الكلام، والقلق فى المواقف الاجتماعية interpersonal anxiety، واستخدم أيضاً فى علاج الأطفال الانعزاليين، وفى تنمية حل المشكلات الابداعى. كما استخدم الأسلوب فى تعديل أسلوب الحديث لدى الفصاميين (المرجع السابق).

بعض دلالات التطور المعرفى فى علم النفس :

لقد كانت التطورات الكبيرة فى العلاج السلوكى والعلاج المعرفى أمراً بالغ الأهمية فى مجال الصحة النفسية والعلاج النفسى بشكل خاص، وفى ميدان علم النفس على وجه العموم. فمنذ العشرينات من القرن العشرين سيطر الاتجاه العلمى المتشدد على علم النفس. والتزم علماء النفس بالملاحظة والضبط التجريبى ومبادئ التعريف الإجرائى والنظرة الكمية إلى الظواهر النفسية. وجاء التطور المعرفى ثورة وسعت آفاق العلم ومكنته من تناول المفاهيم والمتغيرات التى لا تخضع للملاحظة المباشرة. ومن ثم فقد كان ذلك التطور المعرفى أمراً بالغ الأهمية فى تاريخ علم

النفس. وقد أدى هذا التطور المعرفى من ناحية أخرى إلى شىء من التقارب بين المدارس المختلفة فى علم النفس. ولم تعد الحواجز بين المدارس المختلفة في علم النفس على نفس القدر من الوضوح والتحديد.

غير أنه يجدر بالذكر أن هذا التقارب لايعنى بحال تخلى علم النفس المعرفى عن شروط المنهج وقواعده الراسخة، بل يعنى أن العلم قد أصبح قادراً على إخضاع مزيد من الظواهر النفسية للبحث وللتناول العلمى المنهجى. كما أن العلم يتمسك -كما كان دائما- بما يطلق عليه فى المنطق نصل أوكام أو مايسمى بمبدأ الاقتصاد parsimony. وهو يعنى أن على العلماء إسقاط المفاهيم الزائدة التى يتبين أنها غير ضرورية أو غير لازمة للتفسير العلمى، والتى لا تضيف جديداً لفهم الظواهر. ومن هنا نجد مثلاً أن بعض علماء النفس المعرفيين يقبلون مفهوم اللاشعور، على اعتبار أن هناك عمليات نفسية لايعى بها الفرد وعياً واضحاً. وهم يرون أيضاً أن المضمونات اللاشعورية يمكن الوصول إليها خلال جلسات العلاج دون حائل شديد من المقاومة اللاشعورية التى تكلم عنها فرويد. ورغم قبولهم لمفهوم اللاشعور إلا أنهم يرفضون قبول بعض المفاهيم الأخرى الزائدة من قبيل عقدة أوديب وإلكترا مثلاً عند تفسير السلوك، على أساس أنه يمكن تفسير الظواهر بدون تلك المفاهيم، تطبيقاً لمبدأ الاقتصاد.

اتجاهات التطور فى المستقبل :

لقد شهد العلاج النفسى تطورات هائلة خلال العقود الثلاث الماضية منذ أن قدم ولبه Wolpe أسلوب خفض الحساسية والذى بدأ ثورة العلاج السلوكى. ثم جاءت التطورات المعرفية فى علم النفس وفى العلاج النفسى لتدفع مجال العلاج النفسى إلى آفاق جديدة. ولكن هل سيقف التطور العلمى عند هذا الحد؟ والجواب هو بالطبع لا. فمع استمرار الممارسة العملية والدراسات والتجارب العلمية تتطور النظريات ويشهد مجال العلاج النفسى نمواً وتطوراً مستمراً. وقد ناقش دوبسون اتجاهات التطور فى العلاج السلوكى المعرفى (Dobson, 1988) وعرض اتجاهات التطور المتوقعة فى المجالات الأربع التالية:

١- نمو النظرية ومراجعاتها.
٢- التقدير أو الفحص السلوكى المعرفى.
٣- توسع العلاج ومراجعاته.
٤- استكشاف الأسس الارتقائية (فى الطفولة) لاضطرابات الراشدين.

أولاً: نمو النظرية ومراجعاتها :

من المتوقع أن تشهد الأسس النظرية للعلاج السلوكى المعرفى تطوراً ونمواً فى المستقبل. وهناك مجالان هامان للنمو فى هذا الصدد، وهما:

أ – علاقة المعرفة بالانفعال

ب– ظهور المنظورات الارتقائية، والبنائية

١– علاقة المعرفة بالانفعال:

لقد أثارت قضية العلاقة بين المعرفة والانفعال جدلاً واسعاً بين علماء النفس، وقد تجلى ذلك على صفحات المجلات العلمية لعلم النفس. ويرى أحد أطراف القضية أن المعرفة تسبق الانفعال. فالتفكير السلبى أو غير العقلانى تترتب عليه مشاعر الكدر والاكتئاب، وحدوث حادث أو موت يؤدى إلى مشاعر الحزن. أما الطرف الآخر فيرى أن المشاعر قد تحدث مزامنة للمعرفة، بل إن الانفعال يهيئ الفرد لإدراك الأمور وفهمها فهما يتمشى مع ذلك الانفعال. فالانفعالات يمكن أن تؤدى إلى تنشيط أفكار بعينها تتمشى مع الانفعال. وفى هذه الحالة يمكن أن يكون الانفعال سابقاً على المعرفة والتفكير. فالقول بأن الانفعال يتبع منطقياً المعرفة أو تقييم البيئة قاصر عن الوصف الدقيق بل يعتبر خطأ فى بعض الأحيان الأخرى. وربما يتذكر الإنسان هنا ذلك الجدل القديم حول أيهما أسبق: البيضة أم الدجاجة؟

وهناك دائماً بطبيعة الحال تأثيراً متبادلاً ومستمراً بين المعرفة والانفعال. فالانفعال يؤثر على الإدراك والتفكير (المعرفة) التالى له، كما أن التفكير والمعرفة يؤثران على الانفعال، أى أن كلاً منهما يعتمد على الآخر ويؤثر عليه ويتأثر به. فهناك تكامل بين المعرفة والانفعال. فنحن نرى الطفل الوليد يبكى أو ينفعل، وفيما بعد مع نمو اللغة يبدأ فى إدراك المواقف إدراكاً أكثر وضوحاً وتفصيلاً. فكأنما الانفعال والمعرفة وجهان لشىء واحد. وما يهمنا فى هذا الصدد هو كيفية تغيير الانفعالات والتحكم فيها بصرف النظر عن الجدل حول الأسبقية الزمانية.

ويرى المؤلف أن القضية ليست قضية من الأسبق: التفكير أو الانفعال؟. بل المهم هو ما الذى يمكننا تغييره أو التحكم فيه. ومن الواضح أنه يتعذر التحكم فى الانفعالات بصورة مباشرة لأنها عادة عبارة عن ردود أفعال للجهاز العصبى المستقل (اللاإرادى). ومن ناحية أخرى يمكن للفرد (مع شئ من التدريب) التحكم فى أفكاره أو تغييرها. وبذلك فإن التحكم فى التفكير أيسر منالاً من التحكم المباشر فى الانفعالات. وبناءً على ذلك فقضية الأسبقية سواءً للتفكير أو الانفعالات تصبح غير ذات أهمية بالنسبة للعلاج النفسى، وإن ظلت بالطبع تحتفظ بأهميتها بالنسبة لعلم النفس النظرى.

٢- ظهور المنظورات الارتقائية، والبنائية:

من أبرز التطورات الحديثة فى العلاج السلوكى المعرفى ظهور النماذج البنائية constructivist، والارتقائية developmental. ويتضح ذلك بشكل خاص فى الدراسات التى نشرها كل من ماهونى Mahoney وجيدانو Guidano. فلقد انتقد ماهونى النماذج السلوكية -المعرفية على أساس أنها لاتفسر الكثير من العوامل، ولن تستطيع. واقترح ماهونى أن التلقائية أو الآلية automaticity لبعض الاستجابات يؤيد القول بأن هناك ميكانيزم للتأثير اللاحق feedforward. ويعنى التأثير اللاحق هنا زيادة احتمال حدوث نماذج سلوكية-معرفية-انفعالية معينة. وتنشأ هذه الميكانيزمات من خلال الأحداث التى يمر بها الفرد. وقد قدم ماهونى وجيدانو نموذجاً بنائياً، يؤكد على تأثير الأبنية المعرفية (التى تتكون من خلال الخبرات التى يمر بها الفرد) على سلوكه اللاحق.

ويلاحظ أن آرون بيك قدم من قبل مفهوم المخططات أو المنسوقات المعرفية على اعتبار أنه وجهة set منظمة للمعلومات عن العالم، ينتج عنها تلك الأفكار والمعتقدات التى تؤدى إلى الاكتئاب أو القلق. إلاً أن نظرية المخططات المعرفية عند بيك لاتصل إلى المستوى الذى بلغته النظرية البنائية[٣] فى هذا الصدد.

ويتوقع دوبسون أن يكتسب المنظور البنائى أهمية خاصة فى المستقبل، لأنه يعالج قضية هامة وهى دور الخبرات السابقة للفرد كمصدر لنشوء التحيزات المعرفية وأخطاء التفكير، وصعوبة حل المشكلات. وعادة لا يعطى المعالجون السلوكيون والمعرفيون تفسيرا علمياً لتأثير الخبرات الماضية. ولا شك أن وجود نموذج مفصل يشرح علمياً تأثير الخبرات الماضية على التفكير والمعرفة والسلوك ستكون له أهمية كبيرة.

ويتوقع أن يسهم المنظور البنائى - الارتقائى فى التقريب بين النظريات المختلفة الدينامية والمعرفية - السلوكية، بما يساعد على تحقيق التقارب والتكامل داخل علم النفس. فعلى خلاف النظرة التقليدية لعلم النفس السلوكى المعرفى والتى تركز على دور العوامل الموقفية، فإن المنظور البنائى الارتقائى يعطى أهمية كبيرة للعوامل الكامنة داخل الفرد. وهذه الوجهة من النظر تذكرنا أيضاً بنظريات السمات والأنماط وأبعاد الشخصية والتى لا يوجد لها مكان تقريباً فى الاتجاه السلوكى المعرفى.

---

3 - Constructivist theory.

ثانياً: الفحص السلوكى المعرفى :

من المتوقع أن تزداد الحاجة إلى تطوير أدوات الفحص المعرفى وتقنينها لكى تتمشى مع تطورات العلاج المعرفى. وتعتبر أدوات الفحص المعرفى ذات أهمية خاصة بالنسبة للتحقق من صحة النظريات التى توجه كلاً من التطوير النظرى والممارسات العلاجية. وقد استخدم فى الماضى العديد من أساليب الفحص المعرفى نذكر منها الأساليب الاسقاطية، والأساليب التى تعتمد على دراسة أو فحص الخيال، واختبارات المفاهيم الشخصية personal construct tests وطرق التفكير بصوت مسموع think aloud، وتسجيل الأفكار، واستخبارات الورقة والقلم (التحريرية).

ويتوقع أن يحدث تطور فى مجالين رئيسيين أحدهما محاولة بناء وتقنين أدوات الفحص المعرفى والتى يمكن استخدامها مع اضطرابات معينة أو مع جمهور معين. أما الآخر فهو محاولة قياس البناءات المعرفية فى مقابل قياس العمليات المعرفية.

ثالثاً: اتساع نطاق العلاج المعرفى وتقييم العلاج :

يتوقع أن تستمر حركة تطوير وابتكار أساليب جديدة للعلاج المعرفى. ويتوقع حدوث ذلك بشكل خاص فى مجال علاج الأطفال وفى مجال العلاج الأسرى. كذلك فمن المتوقع أن يمتد استخدام أساليب العلاج المعرفى إلى مجالات من الاضطراب النفسى لم يستخدم فيها من قبل. وتستلزم هذه التطورات دون شك إجراء البحوث الاكلينيكية لتقييم مدى فعالية العلاج سواء بالمقارنة بأساليب العلاج السلوكى أو بأساليب العلاج النفسى الأخرى.

رابعاً: النماذج الارتقائية للاضطراب النفسى :

من المتوقع أن تزداد فى المستقبل القريب الرغبة فى تطوير نماذج معرفية للاضطراب النفسى فى مرحلة الطفولة. فلقد ظهر فى وقتنا الحاضر الكثير من أساليب العلاج السلوكى المعرفى للأطفال. وهناك حاجة ماسة لتطوير نماذج خاصة لشرح الظواهر المعرفية فى مرحلة الطفولة. وأحد الأمثلة على ذلك علاج الاكتئاب النفسى عند الأطفال، حيث نشر الكثير من البحوث فى مجال فحص وتشخيص الاكتئاب النفسى عند الأطفال.

ولا شك أن ذلك يتمشى مع الاتجاهات البنائية فى العلاج السلوكى المعرفى. فمع تركيز هذه الاتجاهات على النمو النفسى، فإنها تهتم بالوصف العلمى لكيفية تأثير الأحداث المبكرة فى حياة الفرد على حدوث الاضطرابات النفسية فيما بعد. وقد ينطوي ذلك على مناقشة أو تفسير اللاشعور. فمنذ فرويد كان الحديث عن خبرات

الطفولة يستلزم القول باللاشعور لشرح كيف تؤثر تلك الخبرات على سلوك الفرد دون وعى منه. ولا شك أن هناك خلافات كبيرة بين علماء النفس حول قبول مبدأ اللاشعور. ولعل أكبر حجة للمعارضين لمفهوم اللاشعور هو أنه يمكن تحقيق الشفاء النفسى دون حاجة للخوض فى مجال اللاشعور.

وبوجه عام فهناك حاجة لإجراء الكثير من البحوث والدراسات التى تتعلق بقضايا النمو النفسى وتأثير خبرات الطفولة على ظهور الاضطرابات النفسية، وتأثير الوالدين على التوافق فى مراحل الطفولة وما بعدها. ويهدف ذلك فى النهاية إلى تحقيق مزيد من الفهم والفعالية فى علاج المشكلات.

١٣

الفصل الثالث عشر

البحوث الإكلينيكية

الفصل الثالث عشر
البحوث الإكلينيكية

يعتبر البحث العلمى أحد المهام الرئيسية التى يقوم بها الأخصائى النفسى الاكلينيكى. وقد أكد مؤتمر بولدر Boulderعلى ذلك حين قدم نموذج العالم–المهنى على أنه النموذج الذى ينبغى احتذاؤه فى إعداد الأخصائى النفسى الاكلينيكى. وللبحث الاكلينيكى أهميته البالغة فى فهم السلوك المرضى وفى تشخيص وعلاج الأمراض النفسية. كما أن الخدمات التى يقدمها الأخصائى النفسى فى العيادة النفسية مثل الفحص النفسى والعلاج النفسى ترتكز على نتائج تلك الدراسات والبحوث العلمية. ويلتزم الأخصائى النفسى أخلاقياً ومهنياً باستخدام الأساليب التشخيصية والعلاجية التى ثبتت فعاليتها من خلال البحوث العلمية المنهجية. كذلك فإن عمل الأخصائى النفسى سواء فى مجال الفحص أو العلاج يحتاج إلى المتابعة والتقييم لمعرفة مدى فعالية العلاج وما إذا كان يؤدى فعلاً إلى نتائج جيدة وفعالة. فمن المهم أن نصل إلى تقييم موضوعى واضح لأساليب العلاج المختلفة، وأن نحدد مدى فعاليتها بالنسبة لعلاج المشكلات المختلفة فى ظل الظروف المختلفة الاجتماعية أو الأسرية أو غيرها.

وتهدف البحوث النفسية بوجه عام إلى زيادة فهمنا للسلوك الإنسانى، وللمتغيرات التى تؤثر عليه، سواءً فى ذلك المتغيرات البيولوجية أو الاجتماعية، وسواءً تلك الظروف المنبهة التى تسبق السلوك، أم تلك الظروف المدعمة التى تعقب حدوثه. كما تهدف البحوث النفسية إلى التعرف على أفضل الطرق للتغلب على الاضطرابات النفسية، مثل القلق أو الاكتئاب أو الفصام، وكيفية الوقاية من الأمراض، وتقليل حدوث الانتكاسات بعد العلاج.

والمنهج العلمى هو قوام العلم. بمعنى أن ما يميز بين المعرفة العلمية وغير العلمية هو أن المعرفة العلمية تم الوصول إليها من خلال البحوث والدراسات المضبوطة ضبطاً منهجياً. والحقيقة هى أن المنهج العلمى هو ما يجعل العلم علماً.

الاعتبارات المنهجية العامة فى البحوث الإكلينيكية :

إن ما يفرق بين المعرفة العلمية والمعرفة العامية هو المنهج العلمى. وهناك عدد من الشروط الاساسية التى يجب توفرها فى البحوث النفسية الاكلينيكية. هذه الشروط

هى التى تعطى للبحث قيمته العلمية، وإمكانية الثقة بنتائجه. وسنناقش هنا أهم تلك الشروط.

١ – الموضوعية objectivity:

والموضوعية فى الملاحظات والاستنتاجات هى من أهم مقومات المنهج العلمى. وهى تعنى تحرر الباحث من تأثير العوامل الذاتية، بحيث أن ما يصل إليه الباحث من نتائج يمكن أن يتحقق من صحته أى باحث آخر، أو أن يتوصل إليه أى باحث آخر يلتزم بالمنهج العلمى ويستخدم نفس الإجراءات والأدوات. ويرتبط بالموضوعية مفهوم آخر هو الإجرائية operationality. ويعنى ذلك أن المصطلحات والمفاهيم التى يستخدمها الباحث يجب أن تكون محددة أو معرفة تعريفاً واضحاً يمكن ترجمته إلى مظاهر سلوكية قابلة للقياس أو الملاحظة. بمعنى أن الاصطلاحات التى يستخدمها الباحث تشير إلى إمكانية التحقق الموضوعى من صحة المفاهيم والاستنتاجات. فالباحث لا يتكلم عن مفاهيم غيبية أو غير قابلة للملاحظة المباشرة أو غير المباشرة، بل يتكلم عن ظواهر قابلة للملاحظة والتحقق منها باستخدام أدوات القياس المناسبة للظاهرة.

٢ – التقنين standardization:

وهو أحد الأسس الهامة فى القياس وإجراء الملاحظات. وبوجه عام يعنى التقنين توحيد الشروط والإجراءات التى يتم فى ظلها القياس، ومن ذلك مثلاً استخدام أدوات مقننة، وكذلك توحيد ظروف القياس سواءً فى ذلك الظروف الفيزيقية أو الظروف الاجتماعية. ويشمل التقنين أيضاً التحقق من كل من ثبات reliability وصدق validity أساليب وأدوات الملاحظة والقياس أو ثبات وصدق التشخيص.

(للمزيد من التفاصيل يمكن الرجوع إلى الفصل الخاص بالقياس النفسى فى هذا الكتاب، أو إلى: (A. Anastasi, 1968).

٣ – اختيار عينات البحث:

ويعتبر اختيار العينات واحدة من أهم خطوات البحث العلمى. إذ ينبغى اتباع الأساليب العلمية فى تحديد مواصفات العينات وأساليب اختيارها. وهى خطوة تتطلب من الباحث الأناة وتفحص مختلف المتغيرات variables المتعلقة بموضوع البحث لأخذها فى الاعتبار عند اختيار عينات البحث. وبوجه عام إذا كان المجتمع متجانساً homogenous فمن الممكن أخذ عينة عشوائية، أما إذا كان المجتمع الأصلى غير

متجانس heterogenous فيمكن أخذ عينة طبقية تمثل عناصرها تلك الفئات المختلفة للمجتمع الأصلى، والتى تتفاوت فى العمر، أو الجنس، أو المستوى الاجتماعى- الاقتصادى ... الخ.

أنواع البحوث :

يميز علماء النفس بين نوعين من البحوث العلمية: البحوث الأساسية، والبحوث التطبيقية. كما يميزون أيضاً بين البحوث المعملية، والبحوث الميدانية. وسوف نتكلم بإيجاز عن تلك الأنواع المختلفة من البحوث.

أولاً: البحوث الأساسية والبحوث التطبيقية:

تهدف البحوث الأساسية[١] إلى معرفة الظواهر النفسية وفهم تلك الظواهر بصرف النظر عن الفائدة العملية من وراء هذا الفهم. فالباحث فى هذه الحالة لا يهدف إلى تطبيق نتائج البحث أو استخدامه فى حل المشكلات أو تغيير السلوك. أما البحوث التطبيقية فتهدف إلى حل مشكلة بعينها مثل محاولة معرفة أى طرق العلاج النفسى أكثر كفاءة أو فعالية فى التغلب على الرعبة النفسية[٢]: العلاج السلوكى أم العلاج المعرفى.

وقد درج البعض على تصور أن البحوث الأساسية أقل قيمة من البحوث التطبيقية، وذلك لأن البحوث التطبيقية لها فوائدها فى الحياة العملية. لكننا إذا أمعنا النظر نجد أن هذا القول لا أساس له من الصحة. فالبحوث النفسية قد لا يكون لها تطبيقاتها الفورية المباشرة عقب إجرائها، لكن قد يأتى الوقت فيما بعد لتؤتي ثمارها فى عالم الواقع. ومن أمثلة ذلك مثلاً تجارب بافلوف على الارتباط الشرطى التقليدى عند الكلاب أو تجارب سكينر على الارتباط الشرطى الإجرائى عند الفئران. فرغم أن تلك التجارب تمت بهدف فهم وتحليل الظاهرة موضوع الدراسة، إلا أنها وجدت فيما بعد طريقها إلى التطبيق العملى، فى العلاج النفسى والتربية وغير ذلك من المجالات.

ثانياً: البحوث المعملية والبحوث الميدانية:

يتعلق هذا التمييز بين البحوث المعملية والبحوث الميدانية بموقع إجراء الدراسة أو البحث وبمقدار أو درجة تحكم الباحث فى الظروف المؤثرة على السلوك. ففى البحوث الميدانية يتم دراسة السلوك كما يصدر تلقائياً فى بيئته العادية، دون تدخل أو تأثير مقصود من جانب الباحث. أما البحوث المعملية فإنها تتم فى ظروف المختبر أو

1 - Basic research.
2 - Panic disorder.

المعمل الأكثر ضبطاً وتقنيناً، كما أن الباحث يتحكم فى الكثير من الظروف التى تتم فى ظلها التجربة.

وفى البحوث الميدانية يحاول الباحث جمع المعلومات عن السلوك دون تدخل من جانبه. كأن يقيس مثلاً درجات الاكتئاب أو القلق النفسى، وكذلك المتغيرات الأخرى المتصلة بالظاهرة كالمتغيرات البيئية مثلاً أو العمر أو الجنس.. الخ. ثم يقوم الباحث بعد ذلك بدراسة العلاقة بين القلق أو الاكتئاب وبين تلك المتغيرات المختلفة. وغالباً ما يستخدم التحليل الإحصائى للتعرف على تلك العلاقات وتحديد مدى جوهريتها.

أما فى البحوث المعملية فيقوم الباحث بالتحكم المقصود والمنظم فى المتغيرات المستقلة٣ زيادة أو نقصاً ثم يسجل التغيرات التى تطرأ بعد ذلك على السلوك (المتغير التابع٤) كنتيجة لتغيير قيمة المتغير المستقل.

خطوات البحث العلمى:

يمر البحث العلمى بعدد من الخطوات الرئيسية حتى يصل إلى الهدف الأكبر وهو صياغة النظرية العلمية أو القانون العلمى. ويتبع الأخصائى النفسى الاكلينيكى نفس الخطوات التى يتبعها الباحث فى أى مجال من المجالات. وتشتمل هذه الخطوات على:

١- جمع المعلومات الأولية.
٢- صياغة فروض البحث.
٣- اختبار الفروض.
٤- صياغة النظرية. وسوف نتكلم عن كل خطوة من هذه الخطوات بإيجاز.

أولاً: جمع المعلومات :

يقوم الباحث فى هذه المرحلة بعملية جمع المعلومات عن الظاهرة موضوع الدراسة. فيجرى الملاحظات الأولية، كما يقوم بالاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بالظاهرة أو المشكلة موضوع البحث. ويساعد ذلك كله على توضيح معالم الطريق أمام الباحث، ومعرفة ما الذى أجابت عنه البحوث السابقة، وما الذى مازال فى حاجة إلى بحث للوصول إلى الجواب. ويصل الباحث من خلال عملية جمع المعلومات وإجراء الملاحظات الأولية إلى طرح عدد من الأسئلة التى مازالت تحتاج إلى جواب.

---

3 - Independent variables.

4 - Dependent variables.

ثانياً: صياغة الفروض :

يقوم الباحث فى هذه المرحلة بتحويل الأسئلة التى توصل إليها خلال المرحلة السابقة إلى عدد من الفروض المحددة. وتعبر الفروض عن تصور الباحث لشكل العلاقة بين المتغيرات موضوع البحث. ويجب أن تصاغ الفروض صياغة واضحة ومحددة.

ثالثاً: اختبار الفروض :

وفى هذه المرحلة يقوم الباحث بوضع الفروض موضع الاختبار، وذلك للتحقق من مصداقيتها. وقد يتم اختبار الفروض باستخدام أسلوب الملاحظة المنظمة للمتغيرات كما تحدث بصورتها الطبيعية، وقياس المتغيرات النفسية المختلفة باستخام أدوات القياس المختلفة مثل مقاييس الذكاء والقدرات أو مقاييس الشخصية، أو المقاييس السيكو فسيولوجية التى تقيس وظائف الجسم المختلفة. وقد يستخدم الباحث فى هذه المرحلة أحياناً أسلوب التجربة، حيث يقوم بالتحكم فى المتغيرات المستقلة، وتغيير مقاديرها زيادة أو نقصاً، ثم ملاحظة التغيرات التى تطرأ على المتغيرات التابعة نتيجة لذلك. ويقوم الباحث عند إجراء التجارب بملاحظة السلوك أو قياسه باستخدام أدوات أو أساليب القياس المختلفة. وبعد الانتهاء من جمع الملاحظات ونتائج القياس يقوم بإجراء التحليل الإحصائى عليها، وذلك للوصول إلى صورة منظمة ومختصرة، ومعرفة مدى جوهرية النتائج وإمكانية الوثوق بها.

رابعاً: صياغة النظرية :

بعد الانتهاء من إجراء الملاحظات وجمع النتائج وتحليلها تحليلاً إحصائياً يحاول الباحث تفسير النتائج وتفحص معانيها ودلالاتها فى ضوء الرصيد العلمى المتوفر عن الظاهرة. وهو يحاول خلال هذه المرحلة أن يقيم النتائج ليرى ما إذا كانت تؤيد الفروض التى بدأ بها البحث أم أنها تناقضها أو تدحضها، أو أنها توحى بتفسيرات أو فروض جديدة تحتاج إلى إجراء دراسات جديدة. ويصل الباحث من ذلك كله إلى صياغة النتائج فى قالب نظرى يصور العلاقة بين المتغيرات ويفسر تلك العلاقة تفسيراً علمياً. وإذا ثبتت صحة الفروض التى بدأ بها البحث فإن هذه الفروض تتحول إلى استنتاجات علمية أو قوانين علمية. كما أن القوانين العلمية يمكن أن تنتظم فى صورة نظرية متكاملة. أما إذا ثبت عدم صحة الفروض فإن على الباحث إسقاطها والبحث عن تفسيرات جديدة للظواهر.

مجالات البحث الاكلينيكى :

هناك عدة مجالات للبحوث العلمية التى يقوم بها المتخصصون فى مجال الصحة النفسية، يتصل بعضها بانتشار الأمراض النفسية فى المجتمع، ويتصل البعض الآخر بالخصائص المختلفة للأمراض النفسية، كما يتصل بعض هذه البحوث بتقييم آثار العلاج النفسى، أو المقارنة بين أنواع العلاج النفسى المختلفة، إلى جانب تلك البحوث التى تجرى للتعرف على احتياجات المجتمع من الخدمات النفسية، أو مدى رضاء الأشخاص الذين يتلقون خدمات الصحة النفسية عن تلك الخدمات. وسوف نعرض فيما يلى لأهم مجالات البحث الاكلينيكى.

أولا: الدراسات المتعلقة بانتشار الأمراض النفسية:

تهتم بحوث الانتشار[٥] بمحاولة التعرف على نماذج أو أشكال حدوث أو انتشار الامراض فى المجتمعات الانسانية، وبالعوامل التى تؤثر على أشكال انتشار المرض فى المجتمع. فهى تهتم أساساً بنماذج حدوث المرض تبعاً للمكان والزمان والأشخاص. ويحاول الباحث هنا تحديد مدى انتشار اضطراب نفسى معين مثل القلق أو الاكتئاب أو الفصام مثلاً فى مجتمع بعينه، مثل بلد معين أو مدينة معينة أو حى بعينه من أحياء المدينة. ونحن نحتاج أيضاً لدراسات الانتشار للتعرف على أنماط انتشار المرض، والعوامل المؤدية لانتشاره، ومدى الحاجة لخدمات الوقاية والعلاج. وكذلك للتعرف على العوامل التى تساهم فى حدوث أو زيادة معدلات الأمراض النفسية. وهناك نوعان من الاحصاءات التى يتم جمعها فى دراسات الانتشار، **أولها معدل حدوث المرض** incidence أو عدد الحالات الجديدة (التى تذهب للعيادة أو المستشفى لأول مرة) بالنسبة لأحد الأمراض فى وقت معين ومكان معين، مثال ذلك معدل حدوث الاكتئاب النفسى بين الأشخاص المطلقين فى مناسبات الأعياد.

أما **المعلم الإحصائى الثانى** فهو **مدى شيوع المرض** prevalence، وهو يشير إلى نسبة وجود مرض معين أو اضطراب نفسى معين فى المجتمع موضوع الدراسة أثناء فترة إجراء البحث. وبذلك فإن شيوع المرض يشمل كلا من الحالات الجديدة والقديمة معاً. فمثلاً إذا تم تشخيص ٣٠ شخصاً بين كل ألف (١٠٠٠) شخص على أنهم يعانون من الاكتئاب النفسى فإن شيوع الاكتئاب النفسى فى هذا المجتمع هو ٣%.

ويتطلب إجراء بحوث انتشار المرض الكثير من الجهد والوقت والمال. ولذلك يتجه الباحثون إلى إجراء الدراسات على عينات محدودة تمثل تمثيلاً جيداً المجتمع

---

5 - Epidemiology.

الأصلى موضوع الدراسة. فإذا كان المجتمع الأصلى متجانساً فإنه يتم أخذ عينة عشوائية ممثلة للمجتمع. أما إذا كان المجتمع الأصلى غير متجانس ويتكون من جماعات فرعية مختلفة، فإنه يتم تحليل المجتمع الأصلى تبعاً للعوامل الجوهرية المختلفة، مثل المستوى الاجتماعى–الاقتصادى، والسن والجنس، ومستوى التعليم.. الخ. ثم يتم الحصول على عينة طبقية[٦] تمثل القطاعات المختلفة فى المجتمع.

أمثلة لدراسات الانتشار:

من أمثلة الدراسات الانتشارية تلك الدراسة التى أجراها كل من: أجراس، وسلفستر وأوليفو على المخاوف الشائعة والمخاوف المرضية (الفوبيا) (Agras, Sylvester & Oliveau, 1969) فى مدينة بيلنجتون فى ولاية فيرمونت بالولايات المتحدة. وقد استخدموا مقاييس خاصة للسؤال عن أنواع المخاوف المختلفة، ومدى شدتها، وطوال مدة استمرارها، وكذلك محاولات طلب العلاج. وتشير نتائج الدراسة إلى أن حوالى ٧% يعانون من الفوبيا، كما تبين أن أهم المخاوف الشائعة كانت الخوف من المرض، والإصابات، والعواصف والحيوانات، والخوف من الأماكن العامة agoraphobia والموت، والزحام، والأماكن المرتفعة. وقد كانت تلك المخاوف شديدة الإعاقة عند ٢٢، % من الأشخاص، ومعتدلة الإعاقة عند ٧ % من الناس. وقد تم تتبع أفراد العينة لعدة سنوات وتبين أن نسبة الشفاء التلقائى مرتفعة عند الأطفال عنها لدى الكبار.

وفى إحدى الدراسات الانتشارية الأخرى أجرى وليم إيتون وزملاؤه دراسة على مدى انتشار اضطراب الرعبة النفسية فى الولايات المتحدة للتعرف على مدى شيوع هذا المرض، وكذلك وصف المتغيرات المختلفة المتعلقة به (W.W. Eaton, et al, 1994). وقد كانت هذه الدراسة جزءاً من دراسة أكبر أجراها المعهد القومى للصحة النفسية (NIMH) National Institute of Mental Health، تعرف باسم "الدراسة القومية لتزامل الأمراض[٧] ". وهي عبارة عن دراسة واسعة النطاق شملت الولايات المتحدة بأسرها. واعتمدت الدراسة على استخدام عينة طبقية متعددة المراحل من المواطنين المدنيين، من غير المقيمين بالمستشفيات. وقد غطت الدراسة ٤٨ ولاية أمريكية، حيث بلغ حجم عينة البحث ٨٠٩٨ شخصاً، استجابوا للاستخبارات. وقد كانت النسبة المئوية لقبول التعاون فى الدراسة والإجابة على أسئلة الدراسة ٨٢.٤%. وقد تم إجراء دراسة مصغرة على عينة ممن رفضوا التعاون فى الدراسة، وتبين من

6 - Stratified.

7 - Comorbidity.

الدراســة أنه يغلب عليهم وجود تاريخ مرضى. وهو ما يتفق مع ما تشير إليه الدراسات السابقة.

وقد تم استخدام أسلوب المقابلة المقننة، حيث يلتزم القائمون بمقابلة المفحوصين بمجموعة من الأسئلة المحددة التى يوجهونها إلى جميع المفحوصين. وقد استخدمت الدراسة ما يعرف باسم المقابلة التشخيصية الدولية المركبة Composite International Diagnostic Interview. وقد أظهرت الدراسات السابقة ملاءمة تلك الاستمارة وتقبلها من جانب المفحوصين، كما أكدت ثباتها وصدقها. وتبين من نتائج البحث أن حوالى ١٥% من أفراد العينة ذكروا أنهم مروا من قبل بنوبة رعبة panic واحدة طوال حياتهم. بينما ذكر ٣% من أفراد العينة أنهم مروا بنوبة رعبة واحدة خلال الشهر السابق على المقابلة. وقد انطبقت المحكات التشخيصية لاضطراب الرعبة النفسية على ١% من العينة خلال الشهر السابق على المقابلة.

وأظهرت الدراسة أيضاً أن اضطراب الرعبة النفسية يزيد لدى الإناث عنه بين الذكور، كما أنه يرتبط بانخفاض مستوى التحصيل الدراسى. كما تبين أيضاً أن ٥٠% من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الرعبة النفسية يعانون أيضاً من أعراض الخواف من الأماكن العامة agoraphobia. بينما يمكن أن يحدث كلاً منهما مستقلاً عن الآخر.

بحوث الشخصية :

تعتبر بحوث الشخصية أحد الموضوعات الهامة للبحث فى مجال علم النفس الاكلينيكى. فكثيراً ما يطرح السؤال حول خصائص شخصية المريض، أو دور تلك الخصائص بالنسبة للمشكلة التى يعاني منها المريض. وإلى جانب ذلك فهناك مجال واسع يتعلق باضطرابات الشخصية personality disorders. وقد طور علم النفس الكثير من المفاهيم والنظريات فى دراستهم للشخصية. ومن النظريات التى حازت على الكثير من الاهتمام بين الأخصائيين النفسيين نظريات السمات traits والأنماط types وأبعاد الشخصية dimensions. ويندرج ذلك تحت ما نسميه ببناء الشخصية personality structure.

وقد قال جيلفورد ان شخصية الفرد هى طرازه الفريد من السمات. والسمة هى عبارة عن صفة أو خاصية للسلوك تتصف بقدر من الاستمرارية، كما يمكن أيضاً ملاحظة مظاهرها السلوكية، أو قياسها بالمقاييس النفسية المناسبة. فالعدوانية سمة من سمات الشخصية، والخوف من الآخرين سمة، والأمانة أو الشجاعة أو الكرم سمات للشخصية. وهناك الكثير جداً من السمات التى نصف بها الأشخاص.

وقــد صنف جيلفورد (J. P. Guilford, 1959) تلك السمات فى سبع فئات على النحو التالــى:

١- **بناء الجسم**(٨): وهي السمات التى تتصل ببناء الجسم أو بالملامح الجسمية كالطول والوزن واللون ...الخ.
٢- **وظائف الجسم**(٩): وهي السمات المتعلقة بأداء الوظائف العضوية كسرعة النبض وحرارة الجسم ...الخ.
٣- **الحاجات**: وهي رغبات ملحة للوصول إلى ظروف معينة، كالحاجة لأن يكون الشخص موضع اهتمام الآخرين، أو احترامهم، أو الحاجة إلى الراحة.
٤- **الميول**(١٠): وهي رغبات مستقرة نسبياً لدى الفرد للانغماس فى أنواع معينة من النشاط، مثل العمل اليدوى أو التفكير أو النقاش مع الآخرين.
٥- **الاتجاهات**(١١): وهي السمات المتعلقة باتجاهات الشخص نحو الموضوعات المختلفة أو المسائل الاجتماعية، كالاتجاهات نحو المرض العقلى أو نحو تعاطى الخمور أو المخدرات أو القضايا الاجتماعية المختلفة.
٦- **الاستعدادات**(١٢): وهى تتعلق بالقدرات المختلفة مثل القدرات العقلية، والحركية، وغيرها.
٧- **المزاج**(١٣): وهي السمات المتصلة بالثقة بالنفس أو المرح أو الاندفاع أو القلق وما إلى ذلك.

ويلاحظ أن السمات هى تجريدات تلخص الكثير من الخصائص المترابطة معاً. وبذلك فكما يقول جيلفورد فإن السمات لا تلاحظ ولكن الذى يلاحظ هو السلوك، وبناء على ملاحظة السلوك نستدل على السمات التى تنتظم ذلك السلوك (المرجع السابق). وتشير بحوث الشخصية إلى أن السمات تأخذ فى توزيعها شكل المنحنى الاعتدالى، ويستوي فى ذلك السمات المتصلة بالقدرات أو الذكاء أو القدرات الحركية أو السمات الوجدانية.

أما الأنماط فهى وإن كانت تشبه السمات إلا أنها أوسع نطاقاً، بل إن النمط يغطى عادة مجموعة من السمات. ومن ذلك مثلاً نمط الانطواء-الانبساط(١٤). فهو يغطى

---

8 - Morphology.
9 - Physiology.
10- Interests.
11- Attitudes.
12- Aptitudes.
13- Temperament.
14- Introversion-extraversion.

تحته عدداً من السمات مثل: الخجل، والمثابرة، والقابلية للاستثارة، والذاتية، والتصلب. ويمكن النظر إلى النمط على أنه بعد يتوزع الناس عليه بدرجات مختلفة تأخذ أيضاً شكل التوزيع الاعتدالى. وبذلك فإن نمط الانطواء والانبساط لا يعنى قسمة الناس إلى نوعين أو فئتين، بل يعنى بالأحرى أن الناس موزعون توزيعاً اعتدالياً بين هذين القطبين.

أبعاد الشخصية:

قدم أيزنك تصوراً لأبعاد الشخصية الأساسية التى تنتظم مختلف السمات الوجدانية، وهي تلك السمات التى تنتظم بدورها الكثير من مظاهر السلوك. وأبعاد الشخصية هى عبارة عن مفاهيم مجردة مثل خطوط الطول والعرض. وهى بمثابة مفاهيم تنتظم حولها حقائق عديدة. وهي تساعد على تحقيق الفهم المنظم للواقع. كما تساعد على الوصول إلى أحكام أو تنبؤات علمية وعملية. وقد قدم أيزنك ثلاثة أبعاد أساسية، وهي: الانطواء-الانبساط، والعصابية، والذهانية. وقد أضافت الدراسات التى أجراها الباحثون الآخرون أبعاداً أخرى بالإضافة إلى الأبعاد الثلاث (العصابية والذهانية والانطواء) التى تحدث عنها أيزنك. فلقد قدم ماكرى وكوستا (R. McCrae & P. Costa, 1990) نموذجاً من خمسة أبعاد هى: العصابية، الانبساط، الانفتاح[١٥]، الدماثة[١٦]، والخلق[١٧]. كما أضافت البحوث التى أجريت فى مصر بعداً أخر مستقلاً عن الأبعاد السابقة هو التطرف-الاعتدال (م. سويف، ١٩٦٧؛ م. فراج، ١٩٧٠، ١٩٧١).

ويهتم علماء النفس بدراسة سمات الشخصية لدى المرضى النفسيين للوصول إلى مزيد من الفهم لشخصية المريض النفسى ولنشأة وتطور المرض النفسى.

النظرة العامة والنظرة الفردية للشخصية:

يمكن أن نميز فى الدراسات العلمية للشخصية بين اتجاهين رئيسيين:

١- اتجاه النظرة العامة[١٨] للشخصية الإنسانية، وهي التي تستهدف الوصول إلى القوانين العامة.

٢- اتجاه النظرة الفردية[١٩]: والتى تركز اهتمامها على شخصية فرد بعينه له تاريخ خاص، وظروف فريدة.

15- Openness.

16- Agreeableness.

17- Conscientiousness.

18- Nomothetic.

19- Idiopathic.

والواقع أن كلتا النظرتين: العامة والفردية ضروريتان فى العلم، وتكمل إحداهما الأخرى. "فالنظرة العامة يأخذ بها العلم الأساسى الذى يحاول الوصول إلى القوانين العامة، أما النظرة الفردية فيأخذ بها العلم التطبيقى الذى يحاول الاستفادة من نتائج وقوانين العلم بتطبيقها على فهم وتناول الحالة الفردية (محمد فراج، ١٩٧٦).

النظرة العامة للشخصية :

وتأخذ النظرة العامة للشخصية أحد طريقين: أولهما دراسة كيفية تشكيل الشخصية، أما الطريق الآخر فهو دراسة بنيان الشخصية. وفى الحالة الأولى نركز اهتمامنا على نشأة الشخصية ونموها وتطورها، ونتناول المتغيرات أو المؤثرات الأساسية للتنشئة الاجتماعية(٢٠) مثل الأسرة، ووسائل الإعلام، والمؤسسات العقابية، وغيرها. وهي تلك المؤسسات التى تسهم فى تشكيل شخصية الإنسان. ونربط بين هذه المتغيرات (المستقلة) من ناحية، وبين سمات الشخصية أو خصائصها من ناحية أخرى. وقد نتناول بالدراسة حينئذ عينات من الأسوياء أو المرضى، وذلك بهدف التعرف على تأثير عوامل التنشئة الاجتماعية فى ظهور أنماط سلوكية بعينها. وقد يمكننا هنا أن نقارن بين تأثير أساليب التنشئة الاجتماعية المتبعة فى بلاد مختلفة على ما يمكن أن نسميه بالشخصية القومية. وقد نخلص من ذلك إلى تقديم الاقتراحات المناسبة للآباء أو المربين حول أفضل أساليب التربية والثواب والعقاب التى تساعد على نمو شخصية سوية متوافقة.

النظرة الفردية للشخصية :

تهتم البحوث التى تنتمى إلى هذا الاتجاه بالإنسان الفرد ذاته. ويمكننا أن نتصور الحالة الفردية باعتبارها نقطة التقاء لعدد كبير من الأبعاد العامة. وكمثال توضيحى نأخذ مثلا صفات مثل اللون والطول والوزن وغيرها من الصفات الجسمية. فهى كلها أبعاد عامة يتصف بها ويشترك فيها كل الناس. ولكنها تتجمع بمقادير متفاوتة عند الأفراد المختلفين. فالفرد الواحد يتصف بدرجات متفاوتة من كل صفة من تلك الصفات بحيث أن ذلك يعطيه شخصيته المميزة. على أننا نوضح هنا أن الفرد ليس مجرد مجموع أو تجميع لهذه الأبعاد. بل إن هنالك فوق ذلك شيئاً ما يعطى للفرد طابعه المميز. فالكل ليس مجرد مجموع الأجزاء. وفى هذا الصدد يتحدث علماء النفس عن أسلوب الشخصية، كما يدرسون الحالات الفردية للعباقرة والمبدعين والفنانين والمرضى النفسيين أيضاً، لكي يتعرفوا على خصائصهم التى تميزهم عن

20- Socialization.

غيرهم من الناس. وهنا نربط أيضاً بين الفرد وظروف حياته الخاصة، وتاريخه الشخصى، حيث يهمنا بوجه خاص التفاعل بين الشخص والبيئة التى يعيش فيها. ويستخدم الأخصائى النفسى تلك النظرة الفردية فى دراسته للحالة الفردية ومحاولة بناء تصور للشخصية التى يقوم بدراستها فى العيادة النفسية، تربط بين الخصائص المميزة للشخصية والظروف التى مر بها أو يمر بها فى حياته.

بحوث تقييم نتائج العلاج النفسى

تحتل بحوث تقييم آثار العلاج النفسى أهمية خاصة بالنسبة للأخصائى النفسى الاكلينيكى بشكل خاص ولعلماء النفس بصورة عامة. كما أن لها أهميتها بالنسبة للمرضى الذين يريدون أن يعرفوا أفضل أساليب العلاج وأكثرها فعالية. كما أن لها أهميتها بالنسبة للمجتمع الذى ينفق الكثير من الأموال على تلك الخدمات. وقد شهدت العقود الأربع الماضية ازدياداً كبيراً فى عدد البحوث التى أجريت على العلاج النفسى وتقدماً فى مستوى جودة تلك البحوث. وقد رافق ذلك بالطبع تلك الزيادة الكبيرة فى استخدام العلاج النفسى.

صعوبات إجراء بحوث تقييم آثار العلاج النفسى:

رغم الأهمية الكبيرة لبحوث تقييم آثار العلاج النفسى فإنها ليست بالبحوث السهلة، بل يكتنف إجراؤها الكثير من الصعوبات. ويناقش سول جارفيلد (S. Garfield, 1983) تلك الصعوبات. وتتعلق إحدى هذه الصعوبات بتحديد المحكات التى يمكن استخدامها لتقييم التحسن أو قياس آثار العلاج. فما هى المحكات التى يمكن استخدامها؟ هل يمكن الاعتماد على تقييم المعالج نفسه لدرجة تحسن المريض؟ أم هل نعتمد على تقييم المريض نفسه لما طرأ عليه من تغيرات كنتيجة للعلاج؟ وهل يمكننا استخدام معيار واحد لتقييم آثار العلاج عند كل المرضى؟ أم هل يلزمنا معاير متعددة تناسب كل حالة على حدة؟ وهل يمكن قياس آثار العلاج بطريقة كمية وثابتة وصادقة؟ وهل تعتبر بعض التغيرات الناجمة عن العلاج أكثر أهمية من بعضها الآخر؟ ومن الذى يمكنه تقرير ذلك؟ وهل يمكن تقييم أنواع العلاج المختلفة ذات الأهداف المختلفة باستخدام نفس الوسائل ونفس الإجراءات؟ ومتى يمكننا قياس آثار العلاج، وبعد مرور أى فترة زمنية؟ وما هى الفترة الزمنية التى نحتاج إليها لمتابعة آثار العلاج النفسى حتى تكون التغيرات ذات مغزى؟

تلك الأسئلة ذات أهمية كبيرة ويجب أخذها فى الاعتبار عند تقييم آثار العلاج. وهي توضح بما لا يدع مجالاً للشك أن عملية تقييم آثار العلاج النفسى ليست بالمهمة

السهلة البسيطة. وينبغى أيضاً تذكر تلك الأسئلة عند تقييمنا للدراسات التى أجريت فى هذا المجال. وقد غلب على كثير من البحوث التى أجريت فى الماضى تجاهل تلك الاعتبارات. كما أهمل كثير من تلك البحوث أن يأخذ فى الاعتبار الفروق بين المرضى، أو الفروق بين المعالجين.

أنواع البحوث الخاصة بتقييم العلاج النفسى:

استخدم الأخصائيون النفسيون الاكلينيكيون تصميمات مختلفة للبحوث التى استهدفت تقييم آثار العلاج النفسى. وهناك أربعة أنواع أساسية من بحوث تقييم آثار العلاج النفسى:

١- مقارنة المجموعات التى تشتمل على مرضى بالعيادات أو المستشفيات.
٢- مقارنة المجموعات التى تشتمل على أفراد غير مرضى (مثل طلاب الجامعات).
٣- بحوث الحالات الفردية.
٤- البحوث التى تركز على دراسة التفاعلات بين المعالج والمريض.

وسوف نعرض هنا بإيجاز لنوعين من تلك الدراسات التى تعتمد على المقارنة بين المجموعات، وكذلك الدراسات التى تعتمد على بحوث الحالة الفردية، مع إعطاء بعض الأمثلة أو النماذج.

أولاً مقارنة المجموعات :

تشتمل هذه البحوث على مقارنة مجموعات متكافئة من المرضى، تتشابه من حيث العمر، والجنس، والتشخيص أو المشكلات النفسية، مع اختلاف واحد هو عبارة عن تلقى كل مجموعة منها لنوع مختلف من أنواع العلاج النفسى. ويمكن أن تشتمل المقارنة على استخدام مجموعتين أو أكثر. وبعد انتهاء العلاج أو بعد مرور فترات زمنية معينة يتم قياس آثار العلاج باستخدام أدوات القياس أو التقييم المناسبة. ومن أمثلة ذلك البحث الذى أجراه كل من سلون Sloane وزملاؤه .Bellack &) .(Hersen,1980 وفى هذه الدراسة قارن الباحثون بين العلاج التحليلى النفسى القصير المدة وبين العلاج السلوكى. وقد تم أجراء الدراسة على مرضى العيادة الخارجية فى جامعة تمبل Temple University. وقد اشتملت العينة الكلية على ٩٤ مريضاً، وكان ثلثا العينة تقريباً يعانون من عصاب القلق، بينما يعانى الثلث الآخر من اضطرابات الشخصية. وقد تم توزيع المرضى الجدد توزيعاً عشوائياً على ثلاث مجموعات:

أ - مجموعة العلاج السلوكى.

ب- مجموعة العلاج النفسى التحليلى.
جـ- مجموعة ضابطة، تم وضع أفرادها على قائمة الانتظار.

واشتمل العلاج السلوكى على استخدام اسلوب التطمين المنظم desensitization، والتدريب على الجرأة الاجتماعية assertiveness training، وإشراط التجنب avoidance باستخدام صدمات كهربية. وقد استمرت فترة العلاج السلوكى لمدة أربعة شهور، وكان متوسط عدد الجلسات ٢و١٣ جلسة. أما مجموعة العلاج النفسى التحليلى فقد استمرت فترة علاجهم أيضاً فترة أربعة شهور، وكان متوسط عدد الجلسات العلاجية ٢و١٤ جلسة.

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد طلب منهم الانتظار لمدة أربعة شهور إلى أن يتوفر لهم مكان بالعيادة. ومع ذلك فقد تم الاتصال بهم من وقت لآخر للاطمئنان عليهم، مع إتاحة الفرصة لهم فى حالة وجود أى أزمة طارئة أن يلتقوا بالطبيب النفسى الذى سبق له القيام بفحصهم فى البداية.

وقد اعتمدت الدراسة على استخدام معالجين ذوى خبرة كبيرة، وليس على طلاب الدراسات العليا كما هو الحال فى كثير من الدراسات الأخرى. وقد قام بالعلاج خمسة أطباء نفسيين وأخصائى نفسي اكلينيكى واحد. وكان المعالجون النفسيون جوزيف ولبه، وأرنولد لازاروس، ومايكل سبربر، أما المعالجون التحليليون فقد كان اثنان منهم من المحللين النفسيين المتخصصين فى التحليل النفسى، وكان الثالث طبيباً نفسياً يتلقى التحليل التدريبى.

وقد تم تقييم المرضى قبل العلاج، وعند انتهاء العلاج، وبعد مرور فترة زمنية للمتابعة. وقد اشتملت المحكات المستخدمة على ثلاثة أعراض مرضية تم تقديرها باستخدام مقياس من خمس نقاط. كما اشتملت المحكات على المتغيرات التالية: العمل، التكيف الاجتماعى، والتقدير الاجتماعى للتحسن العام، وعلى مقاييس الشخصية التى أجاب عليها المريض.

وبعد أربعة شهور أظهر كل من المرضى الذين يتلقون العلاج، وكذلك أفراد العينة الضابطة تحسناً فى الأعراض المرضية. إلاً أن كلاً من مجموعتى العلاج السلوكى والعلاج النفسى التحليلى قد أظهرتا تحسناً أكبر جوهرياً بالمقارنة بالمجموعة الضابطة. وعند مقارنة درجة التحسن الإجمالى أظهر ٩٣% ممن تلقوا العلاج السلوكى التحسن، فى مقابل ٧٧% بين من تلقوا العلاج النفسى التحليلى، وكذلك أفراد العينة الضابطة. وبذلك فقد كانت الفروق دالة إحصائياً فى صالح العلاج السلوكى.

وقد تم متابعة حالة المرضى بعد مرور عام واحد. وقد أظهر جميع المرضى

الذين تلقوا العلاج السلوكى تحسناً أكبر جوهرياً بالمقارنة بأفراد العينة الضابطة. على أنه لم يكن هناك مثل هذا الفرق الجوهرى عند مقارنة مجموعة العلاج النفسى التحليلى بالمجموعة الضابطة. ومع ذلك فقد كان هناك بعض الخلط فى هذه النتائج مما يستلزم التوضيح. فبعد انتهاء البحث (بعد مرور أربعة شهور) تلقى أفراد العينة الضابطة (والذين وضعوا من قبل على قائمة الانتظار) العلاج النفسى، والذي قدمه لهم الأطباء النفسيون تحت التدريب. كذلك فقد استمر أفراد عينتى العلاج السلوكى والعلاج النفسى التحليلى فى تلقى المزيد من العلاج النفسى على يد معالجيهم الأصليين.

ولعل أهم ما أظهرته هذه الدراسة أن العلاج السلوكى يؤدى إلى نتائج علاجية جيدة ومستمرة. بمعنى أن الأعراض لا تعود إلى الظهور كما تصور البعض، والذين قالوا بأن العلاج النفسى يعالج الأعراض ولا يعالج الأسباب الكامنة وراءها، وأن ذلك يؤدى إلى عودة ظهور الأعراض المرضية.

وبوجه عام تتميز هذه الدراسة باستخدام مرضى حقيقيين، وليس مجرد متطوعين من طلاب الجامعات كما الحال فى كثير من الدراسات الأخرى. كما تتميز أيضا باعتمادها على استخدام معالجين نفسيين ذوي خبرة كبيرة وليس مجرد معالجين نفسيين مبتدئين.

بحوث الحالات الفردية :

استخدم علم النفس الاكلينيكى بكثرة ولسنوات عديدة منهج دراسة الحالة الفردية. وفى السنوات الأخيرة حدث الكثير من التقدم فى مناهج البحث الخاصة ببحوث الحالة الفردية. وتتميز بحوث الحالة الفردية بأنها تقدم لنا الكثير من المعلومات التى لا يتسنى لنا الحصول عليها من البحوث التى تقارن بين المجموعات. كذلك فإن بحوث الحالة الفردية تناسب بشكل جيد تقييم آثار العلاج النفسى. وفى كثير من الأحيان لا يستطيع الباحث جمع عدد كاف من المفحوصين أو المرضى لإجراء دراسة باستخدام منهج دراسة المجموعات، وذلك لندرة بعض الاضطرابات النفسية. كما أن بحوث الحالة الفردية تتفادى تلك الانتقادات الأخلاقية والقانونية التى وجهت إلى بحوث المجموعات وذلك عندما تستخدم تلك البحوث مجموعات ضابطة تحرم من العلاج لفترة من الوقت.

كذلك فقد شجعت بحوث الحالة الفردية على تطوير أساليب وأدوات قياس آثار العلاج. فمن الممكن استخدام الكثير من الأساليب مثل أساليب الملاحظة المباشرة، ومقاييس التقدير rating scales وأساليب الملاحظة الذاتية self-monitoring بجانب المقاييس السيكو فسيولوجية العديدة، مثل مقاييس جودة توصيل الجلد للتيار

الكهربى، أو مقاييس التوتر العضلى، أو سرعة النبض. وأهم ما يميز تلك الأساليب أنها تتيح للمعالج المرونة فى تعديل أساليب العلاج إذا لم تظهر نتائج إيجابية على تلك المقاييس.

وجدير بالذكر أن منهج دراسة الحالة الفردية ليس قاصراً على علم النفس الاكلينيكى، بل إنه استخدم بكثرة في دراسات النمو النفسى، مثل دراسة نمو السلوك الاجتماعى عند الأطفال (أنظر مثلاً: سويف، ١٩٥٤). كما استخدم ابنجهاوس هذا المنهج فى دراسة عملية التذكر. على أن علم النفس الاكلينيكى قام بتطوير منهج دراسة الحالة الفردية واستخدامه على نطاق أوسع بكثير.

التصميمات التجريبية لبحوث الحالة الفردية:

استهدف علماء النفس فى بحوث الحالة الفردية التحكم الجيد فى المتغيرات المستقلة، أى المتغيرات التى يتم تغيير مقاديرها لمعرفة تأثيرها على السلوك. كما استهدفوا فى تجاربهم أيضاً إبعاد أية مؤثرات خارجية يمكن أن تعقد من تفسير النتائج. وهناك عدد من الملامح الأساسية للتصميمات التجريبية لبحوث الحالة الفردية نعرضها فيما يلى.

١- يتم تحديد المستوى القاعدى baseline وهو مستوى السلوك أو المشكلة قبل بداية التدخل العلاجى، حيث يتم قياس المتغيرات التابعة عند هذه المرحلة. وعادة يعاد قياس تلك المتغيرات التابعة فى المراحل التالية خلال عملية العلاج لتحديد درجة التغير.
٢- ملاحظة وتسجيل التذبذبات التى تطرأ على المريض نفسه والتى تظهر فى المتغيرات التابعة.
٣- يقوم الأخصائى بعملية التحديد الجيد للمتغيرات المستقلة والتابعة بما فى ذلك: المعالج، وخصائص المريض، والمكان، وتثبيت المتغيرات المحيطة، وعزل المتغيرات العلاجية بما يسمح بتوضيح العلاقة الوظيفية بين المتغيرات العلاجية والتغيرات السلوكية.
٤- إمكانية إعادة التجربة على أفراد آخرين.
٥- مرونة التصميم التجريبى.

مثال لتصميمات بحوث الحالة الفردية:

هناك أشكال عديدة من تصميمات بحوث الحالة الفردية. على أننا سنعرض هنا لأحد النماذج الأساسية لتلك التصميمات. ويسمى التصميم الذى سنعرض له باسم

تصميم ما بين المراحل. ويشار إليه عادة بالنموذج: أ | **ب** | أ | **ب**. وتمثل "أ" المستوى القاعدى، بينما تمثل "ب" التدخل العلاجى المصمم خصيصاً للمريض. وتبعاً لهذا التصميم فإن "أ" الثانية تعنى توقف أو سحب التدخل العلاجى. بينما تعنى "ب" الثانية إعادة تقديم العلاج مرة أخرى بعد ذلك.

وتبعاً لهذا التصميم فإنه بدلاً عن مقارنة مجموعات مختلفة تجريبية وضابطة، كما هو الحال فى بحوث المجموعات، فإن المريض أو الحالة الفردية تكون هى نفسها بمثابة الحالة التجريبية والضابطة على التوالى. وبذلك فإن الأداء القاعدى (أى السلوك الذى يحدث لدى الفرد بصورة عادية) تتم مقارنته بالسلوك فى ظل التدخل العلاجى، أى تحت الحالة العلاجية. ويطلق على المرحلة القاعدية "أ" بينما يطلق على المرحلة العلاجية "**ب**". وفيما بعد يتم إيقاف العلاج عند مرحلة أخرى نسميها أيضاً "أ"، ويعقب ذلك إعادة تقديم العلاج فى المرحلة العلاجية الثانية "**ب**". ويناسب تصميم أ–**ب**–أ–**ب** تلك العلاجات التى يمكن تقديمها وإيقافها على التتابع، مثل استخدام أساليب التدعيم أو العقاب.

ويعرض بيلاك وهيرسن ((Bellack & Hersen, 1980 مثالاً لاستخدام التصميم التجريبى أ – **ب** – أ – **ب** على يد لومباردو وتيرنر Lombardo & Turner، لدراسة تأثير استخدام أسلوب إيقاف التفكير thought stopping لدى أحد المرضى الفصاميين.

وقد كان المريض فى ذلك الوقت يتلقى العلاج فى المستشفى النهارى عندما اشتكى من الأفكار الوسواسية التى تدور فى رأسه حول علاقات خيالية مع مرضى سبق أن قابلهم عندما كان بالمستشفيات الأخرى من قبل. وقد طلب المعالج من المريض أن يقوم طوال فترة إجراء التجربة بتسجيل طول مدة كل فترة من فترات الوساوس وتاريخها على نموذج خاص بذلك. تسجيل الوساوس فى الفترة "**أ**" لمدة ستة أيام. وقد تبين من ذلك أن الاتجاه السائد لدى المريض هو استمرار التفكير الوسواسى حوالي ٤٠ دقيقة. وبعد انتهاء الفترة القاعدية بدأت فترة العلاج باستخدام أسلوب إيقاف التفكير. وفى هذه المرحلة تم إعطاء تعليمات للمريض بأن يعطى إشارة للمعالج كلما راودته الأفكار الوسواسية. وعندئذ يصيح المعالج قائلاً: "**توقف**".. وتكرر ذلك الاقتران عدداً كبيراً من المرات. وخلال ذلك أصبح المريض نفسه يقول لنفسه "**توقف**" كلما مرت بذهنه تلك الوساوس. وفيما بعد تعلم المريض أن يقول لنفسه "**توقف**" بدون صوت مسموع. واستمرت مرحلة التدخل العلاجى لفترة امتدت من اليوم السابع إلى اليوم السابع عشر. وبعدها توقف تقديم العلاج لعدة أيام عند المرحلة القاعدية الثانية. وبعد ذلك بدأت مرحلة التدخل العلاجى من جديد ابتداء من اليوم الثامن والعشرين (٢٨). وبعد انتهاء العلاج تمت متابعة المريض لمدة ستة أسابيع.

وقد أظهرت النتائج أنه قد حدث انخفاض ملحوظ فى الوساوس كنتيجة للتدخل العلاجى بأسلوب إيقاف التفكير. إلا أنه لوحظ أن الوساوس عادت إلى الظهور بشدة عند توقف التدخل العلاجى فى المرحلة القاعدية الثانية. وعندما عاد التدخل العلاجى مرة أخرى انخفضت الوساوس إلى الصفر، كما استمر التحسن خلال الأسابيع الستة التى تم فيها متابعة آثار العلاج.

ورغم أن هذه الدراسة تعطى مثالاً جيداً لنموذج أ – **ب** – أ – **ب** فقد اعتمد تقييم آثار العلاج على التقارير الذاتية التى قدمها المريض عن نفسه. ويوحى ذلك باحتمال تأثير العوامل الذاتية على النتائج. إلاّ أنه يلاحظ أنه لا مناص من استخدام التقارير الذاتية عند تقييم أو قياس الوساوس.

وينوه بيلاك وهيرسن (المرجع السابق) بأنه لا يتيسر استخدام التصميم التجريبى فى ظل ظروف معينة. وذلك عندما تكون هناك اعتبارات أخلاقية أو قانونية تمنع من إيقاف العلاج فى المرحلة الثانية "**ب**". ومن أمثلة ذلك استخدام أسلوب العقاب لإيقاف سلوك إيذاء النفس عند أحد الأطفال المتخلفين. وتستخدم التصميمات ذات المستويات القاعدية المتعددة للتغلب على هذه المشكلة. وفى هذا التصميم يتم اختيار ٣ مشكلات سلوكية أو أكثر يراد التركيز على علاجها. وبعد القيام بعملية قياس السلوك فى هذه المجالات (المرحلة أ)، يتم تطبيق العلاج (المرحلة **ب**) على أول تلك المشكلات السلوكية. وإذا كانت هذه المشكلات مستقلة إحداها عن الأخرى فإن العلاج يؤثر فقط على المشكلة السلوكية الأولى دون غيرها. وفى الخطوة التالية يتم تطبيق نفس العلاج على المشكلة السلوكية الثانية، ثم يتلو ذلك تطبيق العلاج على المشكلة الثالثة، وذلك عقب مرور فترات زمنية معينة (عدة أيام أو أسابيع مثلاً).

وتأخذ تصميمات بحوث الحالة الفردية بعض الأشكال الأخرى، اعتماداً على نوع السؤال المطروح للإجابة. مثال ذلك هل يؤدى العلاج إلى التحسن؟ أو هل أحد أنواع العلاج أكثر فعالية من أحد الأنواع الأخرى؟ أو هل هناك عناصر معينة فى أحد أنواع العلاج تجعله أكثر فعالية؟ أو ما هو الحد الأقصى من الفائدة أو التحسن الذى يمكن الوصول إليه؟

١٤

الفصل الرابع عشر
فروع علم النفس الإكلينيكي

الفصل الرابع عشر
فروع علم النفس الإكلينيكي

تطور علم النفس الاكلينيكى تطوراً كبيراً منذ نشأته الأولى وأصبح يتعامل مع الكثير من الفئات العمرية والأشكال المختلفة من المشكلات. فهو يتعامل مع الراشدين والأطفال وكبار السن كما يتعامل مع المشكلات السلوكية، ومشكلات الإدمان، ومشكلات المجتمع، والصدمات والكوارث النفسية. وقد استلزم ذلك التنوع حدوث قدر كبير من التخصص لدى الأخصائيين النفسيين. وقد تبلورت تلك الفروع بشكل واضح بحيث أن الأخصائى الذى يعمل ويتخصص فى مجال بعينه لايمارس غيره من المجالات.

١- علم النفس الاكلينيكى العام:

وهو أشبه بتخصص الممارس العام فى الطب. وهنا يتعامل الأخصائى النفسية مع تشكيلة واسعة نسبيا من المشكلات. ويتعامل بصورة رئيسية مع الراشدين، ولكنه يتعامل أيضاً مع مشكلات الأسرة والأطفال. ويقدم غالباً خدمات الفحص والعلاج النفسى والقياس النفسى.

٢- علم النفس الاكلينيكى للطفولة المبكرة

ويهتم هذا الفرع من فروع علم النفس الاكلينيكى بالصحة النفسية للأطفال من سن الميلاد حتى سن الثالثة. وفى الواقع أن هناك عدداً من العلوم الأخرى التى تشارك فى الاهتمام بالصحة النفسية فى هذه المرحلة العمرية، منها الخدمة الاجتماعية، والطب النفسى، والارشاد النفسى، وطب الأطفال. ويهدف علم النفس الاكلينيكى للطفولة المبكرة إلى " خفض الصعوبات والمعاناة التى يمكن أن يتعرض لها الصغار، وتحسين نموهم وقدراتهم وكفاءتهم" (J. Osofsky, 2016, P. 44).

وهناك اختلاف هام بين علم النفس الاكلينيكى للراشدين وعلم النفس الإكلينيكي للطفولة المبكرة. فعندما تكون هناك مشكلة نفسية لدى الطفل الصغير فإنها ترتبط فى الغالب بالمشكلات القائمة فى علاقة الأم بالطفل، ويتم علاج المشكلة من هذا المنظور. وقد كانت هناك مبادرات مبكرة فى تاريخ علم النفس فى هذا المجال. ومنها على سبيل المثال الدراسة التى نشرها جون بولبى بعنوان "الرعاية الوالدية والصحة النفسية" فى

(J. Bowlby, 1951) وقد رأى بولبى أن الوشائج المبكرة التى تنشأ بين الأطفال والقائمين على رعايتهم لها تأثير كبير على الإنسان مدى حياته. وقام برازيلتون –وهو متخصص فى طب الأطفال– بالاشتراك مع آخرين، بتصميم مقياس برازيلتون لفحص سلوك الأطفال حديثى الولادة، ويستخدم فى فحص الاستجابات الجسمية والعصبية والصحة الوجدانية والفروق الفردية (ALS, H., et al, 1977) Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale

وقد تطور هذا الفرع تطورا كبيراً فى السنوات القليلة الماضية، وذلك بتطوير أساليب العلاج المستندة على الدليل العلمى. والذى يشتمل على تقديم الإرشاد للوالدين، والعلاج باللعب، وتقديم العلاج النفسى للقائمين برعاية الطفل إذا كانوا يعانون من مشكلات القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية. كما تم تطوير بروتوكولات للعلاج السلوكى المعرفى يتبعها المعالج خطوة خطوة مثال ماقدمه برنك–ماير وايبرج (Brink-Meyer & Eyberg, 2003). وقد أظهرت الدراسة العلمية الكثير من النتائج الإيجابية للعلاج على الصحة النفسية للصغار.

وقد استخدم المشتغلون بهذا الفرع عدداً من المقاييس النفسية لعل من أشهرها مقياس بايلى لنمو الأطفال (Bayley, 2006) وكلك مقياس وكسلر قبل المدرسى والأولى للذكاء (Wechsler, 1989).

٣– علم النفس الاكلينيكى للأطفال :

وهو يقدم الخدمات للأطفال من أعمار مختلفة تتراوح بين ثلاث سنوات حتى سن ١٣ سنة. وهو يتعامل مع مشكلات مثل الإفراط فى الحركة وتشتت الانتباه، ومشكلات التبول اللاإرادى، ومخاوف الأطفال، والمشكلات السلوكية للأطفال. ومن الطريف أن علم النفس الإكلينيكي بدأ من خلال العمل مع الأطفال باستخدام المقاييس النفسية والعلاج النفسى.

وتبدأ الخدمة النفسية مع صغار الأطفال فى هذا السن بإجراء المقابلات الإكلينيكية مع الطفل ومع الوالدين ومع الأقارب كالجد والجدة ومع المدرسين وغيرهم ممن ليهم معلومات مهمة حول الطفل. ويركز الأخصائى على محاولة التعرف على طبيعة المشكلة وشدتها وتكرار حدوثها، والجهود السابقة فى حل المشكلة. وقد يشمل الفحص مراجعة التاريخ المدرسى والصحة الجسمية والعقلية للطفل والأسرة وتركيبها والعلاقات الأسرية، والصراعات داخل الأسرية، والأدوار التى يؤديها الآباء أو التى لايؤدونها، وتعرض الطفل للإيذاء الجسمى، أو الانفعالى، أو الجنسى، وفى أى عمر حدث ذلك.

ويحاول الأخصائى النفسى أن يتحقق من الفروض المتعلقة بالظروف المسببة، والظروف السابقة والظروف اللاحقة للسلوك المشكل، والظروف المساعدة على استمرار المشكلة والظروف الواقية للطفل. وقد يتم استخدام اختبارات الذكاء ومقاييس التحصيل الدراسى للوصول إلى فهم أفضل لطبيعة المشكلة لدى الطفل الذى يعانى من مشكلات دراسية. وقد يتم استخدام مقاييس للقلق أو الاكتئاب أو القلق أوالمخاوف. ويخلص الأخصائى النفسى من هذا الفحص بنظرية مصغرة تشرح العوامل الرئيسية التى أسهمت فى نشأة المشكلة والتى ساعدت على استمرارها كما يقترح طرق التدخل العلاجى المناسبة للطفل.

وليس هناك أدنى شك فى أن العلاج النفسى للطفل كما يتم ممارسته اليوم يؤدى إلى نتائج مفيدة للأطفال والشباب وعائلاتهم. وهو ما أكدته الدراسات العلمية الدقيقة والمضبوطة علمياً. ولاشك أن هناك أشكال من العلاج النفسى للأطفال أكثر فعالية عن غيرها. وهو ما تركز البحوث على كشفه وتوضيحه.

وهناك أربع مجالات رئيسية للاضرابات النفسية عند الأطفال والشباب: اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، واضطرابات الانتباه، والاضطرابات السلوكية. ولابد أن يلتزم الأخصائى النفسى باستخدام العلاج النفسى المبنى على الأدلة العلمية evidence-based التى تصل إليها الدراسات المنهجية المضبوطة.

اضطرابات القلق النفسى عند الأطفال:

وهى تعتبر أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الأطفال والمراهقين. ويبلغ انتشارها حوالى ١٢% من الأطفال فى المجتمع العام، وحوالى ٣٦% بين العينات الاكلينيكية. وحسب الدليل الاحصائى التشخيصى للاضطربات النفسية فى طبعته الخامسة DSM-5.

فإن كل اضطرابات القلق التى توجد فى سن الرشد توجد أيضاً بين الأطفال والمراهقين، باستثناء اضطراب واحد يظهر بشكل خاص عند الأطفال وهو قلق الانفصال. ويستخدم المعالجون النفسيون عدة أساليب لعلاج القلق عند الأطفال، مثل التدريب على الاسترخاء، والتعرض المنظم الحى لمثيرات القلق، والتعلم من خلال القدوة modeling ولعب الأدوار role play وأسلوب القصص، والعلاج باستخدام الفن واللعب، فى إطار العلاج السلوكى المعرفى.

اضطرابات المزاج عند الأطفال:

وتشمل هذه الاضطرابات الاكتئاب الرئيسى major depression والديستيميا

dysthymia. وقد قام كاسلو وتومسون فى سنة ١٩٩٨. باستعراض سبع دراسات أجريت على استخدام أشكال العلاج النفسى المختلفة مع الأطفال والمراهقين. واشتملت أساليب العلاج المستخدمة التدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاج بالضبط الذاتى self-control، وإعادة البناء المعرفى، وحل المشكلات. وقد أظهرت النتائج أن هذه الأساليب المتشابهة ولو أنها غير متطابقة إلا أنها حققت نتائج فى خفض الاكتئاب عند الأطفال. وقد استمرت فوائد العلاج عند المتابعة بعد مرور أربعة أسابيع وحتى عامين من انتهاء العلاج. وقد كانت النتائج أفضل بالمقارنة بمن وضعوا على قوائم الانتظار. وقد أظهرت دراسات أخرى أن أساليب العلاج السلوكى المعرفى للأطفال حققت نتائج جيدة وتراوحت نسب الشفاء بين ٥٠% و٨٥%.

اضطرابات تشتت الانتباه وإفراط الحركة:

يعتبر هذا الاضطراب من بين تلك الاضطرابات الشائعة فى مرحلة الطفولة، حيث تشير دراسات الانتشار إلى أنه يشيع بنسب تتراوح بين ٣% و٧% بين الأطفال. وتبعاً للدليل الإحصائى والتشخيصى (المراجعة الخامسة) فإن هذا الاضطراب يصنف إلى فئتين: ١) عدم الانتباه والذى يشمل الفشل فى تركيز الانتباه ويشمل أخطاء الاهمال فى المدرسة والعمل وكذلك صعوبة الاستمرار فى الانتباه والتركيز والنوع الثانى ٢) إفراط الحركة والاندفاع. والعلاج الشائع لهذا الاظطراب هو استخدام الأدوية المنبهة للجهاز العصبى، والتى تحقق نتائج مباشرة وإيجابية فى الكثير من الجوانب. غير أنها لاتحقق تغيرات طويلة المدى فى التحصيل الدراسى أو السلوك داخل الفصل أو فى العلاقة مع الزملاء. وعادة يستجيب بين ٦٠% و٨٠% للعلاج بالأدوية. ومع ذلك فإن العلاج بالأدوية لايحقق السواء السلوكى، بمعنى أنه تظهر لدى كثير منهم مشكلات سلوكية. ويوصى بلهام Pelham بإلحاقهم ببرامج سلوكية تركز على علاج تلك المشكلات بجانب العلاج بالأدوية، باستخدام أساليب العلاج السلوكى وتعديل السلوك وباستخدام مبادئ التعلم والارتباط الشرطى الفعال التى طورها سكينر Skinner.

اضطرابات القلق النفسى عند الأطفال:

وهى تعتبر أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الأطفال والمراهقين. ويبلغ انتشارها حوالى ١٢% من الأطفال فى المجتمع العام، وحوالى ٣٦% بين العينات الاكلينيكية. وحسب الدليل الاحصائى التشخيصى للاضطربات النفسية فى طبعته الخامسة DSM-5.

فإن كل اضطرابات القلق التى توجد فى سن الرشد توجد أيضاً بين الأطفال والمراهقين، باستثناء اضطراب واحد يظهر بشكل خاص عند الأطفال وهو قلق الانفصال. ويستخدم المعالجون النفسيون عدة أساليب لعلاج القلق عند الأطفال، مثل التدريب على الاسترخاء، والتعرض المنظم الحى لمثيرات القلق، والتعلم من خلال القدوة modeling ولعب الأدوار role play وأسلوب القصص، والعلاج باستخدام الفن واللعب، فى إطار العلاج السلوكى المعرفى.

٤- علم النفس الاكلينيكى لكبار السن Clinical Geropsychology :

وهو أحد فروع علم النفس الاكلينيكى التي تضاعفت أهميتها كثيراً في السنوات الأخيرة نظراً للأعداد المتزايدة من كبار السن في مختلف المجتمعات. وهو يتعامل مع تلك المشكلات التي يعانى منها كبار السن مثل مرض الألزهايمر، ومشكلات الاكتئاب والقلق لدى كبار السن. ولقد تزايد الاهتمام بالقضايا المتصلة بالصحة النفسية لكبار السن تزايداً كبراً في السنوات الأخيرة.

وقد تزايدت أعداد كبار السن في معظم المجتمعات كنتيجة مباشرة لتقدم الرعاية الصحية وتطور أسليب الوقاية والعلاج. فلم تعد الأزمات القلبية والسكتة الدماغية والسرطان القاتل الذي لا يرد كما كان الحال في سابق الأيام. بل أمكن ترويض تلك الأمراض بل وتحسنت أساليب الوقاية من تلك الأمراض القاتلة تقدماً كبيراً. وقد وصل تعداد كبار السن في الولايات المتحدة في عام ٢٠٠٦ إلى ٣٧ مليون شخص تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً.

وتشير إحصاءات السكان في مصر حسب الجهاز المركزى للتعبئة والاحصاء في عام ٢٠١٧ إلى أن عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً يبلغ ٦٣١٢١٧٣ شخصاً. أي أكثر من ٦ مليون شخص. وسوف يتزايد هذا العدد كثيراً في المستقبل عندما تبلغ الأعداد الكبيرة من الشباب مرحلة الشيخوخة.

ويتميز كبار السن بعدد من الخصائص التي يتحتم على الأخصائى النفسى التعرف عليها ومراعاتها عند العمل مع الأشخاص من كبار السن. ففي هذه المرحلة تتواجد وتطرأ الكثير من التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية التي يتحتم مراعاتها والتعامل معها. ومن أبرز تلك التغيرات ما يطرأ على كبار السن من الأمراض ومن حالات الوهن الجسمى. بل تتراكم في هذه المرحلة العمرية الأمراض التي أصابت الشخص على مدى سنوات عمره الماضية. ولعل أكثر الأمراض شيوعاً بين كبار السن أمراض ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكر، والسرطان، بالإضافة لضعف السمع والبصر، وفقدان الذاكرة للأحداث القريبة. كما تظهر بشكل خطير الآثار المتراكمة

لسنوات طويلة من عادات التدخين، وشرب الكحوليات، وتعاطى المخدرات، والتي عجز الشخص عن إيقافها في الوقت المناسب. وفى هذه المرحلة تظهر مشكلات العجز الجسمى كالعجز عن الوقوف أو المشى أو القدرة على الإمساك بالأشياء. وفى هذه المرحلة يستخدم الكثيرون عصاة للمشى أو مشاية أو الكراسى المتحركة. ويصعب على البعض القيام من الفراش. وقد يفقد الشخص القدرة على التحكم في وظائف الإخراج. وقد يعاني البعض من حالات الشلل الناتجة في الغالب عن السكتة الدماغية. وقد يعاني البعض من فقدان القدرة على بلع الطعام أو حتى الكلام.

كذلك قد يعانى كبار السن في كثير من الأحيان من فقدان الأهل والأقارب والأصدقاء، مثل وفاة الزوج أو الزوجة أو الأبناء، أو الاخوة والأخوات. وتترك تلك الأحداث جرحاً غائراً وحزناً شديداً. وفى كثير من الحالات يفقد الشخص القدرة على العيش المستقل، ويحتاج لمن يعينه في كثير من الأمور، مثل إعداد الطعام، والنظافة الشخصية، والاستحمام، وتنظيف المنزل، وغير ذلك من مهارات وأساسيات الحياة. وعلى الأخصائى النفسى أن يقيم هذه الأمور، وقد يناقشها مع الأسرة أو فريق الرعاية الصحية، مع مراعاة ضوابط الخصوصية في جميع الأحوال.

ويتركز عمل الأخصائى النفسى مع كبار السن على المشكلات المتصلة بتقييم الحالة المعرفية والوجدانية والعقلية للمريض، مثل الاكتئاب النفسى والقلق ومشاعر الحداد المعقد أو طويل الأمد، وحالات المرض النفسى الشديدة. وقد يطلب من الأخصائى النفسى تقييم قدرة الشخص على اتخاذ القرارات المالية أو الصحية، مما قد يتطلب إجراء الاختبارات النفسية لتقييم القدرات المعرفية وتحديد مدى التدهور في تلك القدرات.

الخـــرف :

يعتبر الخرف Dementia أحد الأمراض الشائعة في مرحلة الشيخوخة. والخرف هـــو عبارة عن تدهور عام وشامل للوظائف المعرفية يرجع إلى عديد من الأسباب التي تؤثـــر على مخ الإنسان. ويعرف سيلزر الخرف بأنه تدهور عام في القدرات العقلية يرجع إلى بعض الاضطرابات التي تحدث في الجهاز العصبى المركزى. كما أنه يتضمن أيضاً تفكك أو تحلل الشخصية والسلوك. ويختلف الخرف عن التخلف العقلى الذى يعنى أن الشخص لم يكتسب إطلاقاً تلك القدرات العقلية من قبـــل. (Seltzer, B., 1988).

ويبلغ هذا التدهور في القدرات العقلية درجة من الشدة تؤثر تأثيرً بالغاً على الأداء اليومى للشخص وعلى نشاطه الاجتماعى والمهنى في مختلف أنشطة الحياة

(APA, 2007). كما يفقد الشخص القدرة على التحكم في الانفعالات والقدرة على حل المشكلات. كذلك قد يعانى الشخص من المشكلات السلوكية ومن الهياج أو الهلاوس والهذاءات. وقد أطلق الدليل التشخيصى والاحصائى الخامس لرابطة الطب النفسى الأمريكية على هذا الاضطراب اسم الاضطرابات العصبية–المعرفية. كما أن التصنيف العالمى للأمراض النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية يصنف الخرف تبعاً لمسبباته إلى عدد من الفئات لعل أكثرها شيوعاً مرض الألزهايمر، والخرف الذى يرجع لمشكلات الأوعية الدموية (مثل الجلطة الدماغية)، ومرض باركنسون، ومرض هنتنجتون، والايدز، ومرض جنون البقر، وإدمان الخمور والمخدرات، والأورام السرطانية للمخ، واضطرابات الغدد الصماء. ويمثل مرض الألزهيمر حوالي ٥٠% إلى ٦٠% من المصابين بالخرف. وتتدهور وظائف الذاكرة تدهوراً شديداً كما تتدهور معها واحدة على الأقل من مجالات النشاط العقلى، والقدرة على الحكم السليم، واللغة، والشخصية. وبالطبع يمثل فقدان الذاكرة أبرز تلك الأعراض. فقد ينسى الشخص الموقد مشتعلاً، أو قد ينسى إقفال الصنبور بعد ملء كوب بالماء. وقد تعجز الأم عن تذكر أسماء أولادها وبناتها، بل قد تنسى أن لديها أولاد. وقد يهمل الشخص مظهره أو الاهتمام بحالته الصحية، أو قد ينسى الاستحمام والنظافة، وقد ينسى الشخص نوع الطعام الذى تناوله قبل قليل، أو ينسى حتى أنه تناول الطعام بعد وقت قصير. وقد يحتاج الشخص إلى قدر متزايد من المساعدة على القيام بالوظائف الأساسية، كالنظافة الشخصية، وارتداء الملابس، وتسريح الشعر، وتناول الطعام. وقد يصدر الشخص أحكاماً غريبة. فمثلاً اشتكت امرأة في دور المسنين من أن أنها تحب رجلاً ولكنه يحب امرأة أخرى، وتقول ان هذا ليس من العدل. وقد يخرج مريض الخرف من المنزل ويهيم في الطريق ولا يعرف كيف يعود إلى منزله.

وهناك عدة أنواع من الخرف. وتبعاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية نعرضها بإيجاز فيما يلى:

الألزهيمر: وهو مرض يصيب الجهاز العصبى يرجع إلى تدهور وانحلال خلايا المخ، تراكم بروتينات شاذة في المخ، وأكثرها شيوعاً ما يسمى بيتا أميلويد ويتراكم هذا البروتين حول الخلايا العصبية. وهناك بروتين آخر يتكون داخل الخلايا العصبية، ويسمى بروتين تاو. ويؤدى كلاهما إلى موت الخلايا العصبية. ويعتبر الألزهيمر أكثر أنواع الخرف شيوعاً حيث تتراوح نسبة مرضى الألزهيمر حوالي ٥٠% إلى ٦٠% من مجمل مرضى الخرف. وهو يتميز بالقصور المتزايد في الذاكرة وفى القدرات المعرفية مما يتسبب في تدهور الأداء الاجتماعى والمهنى. ويبدأ ظهور هذا المرض

بعد سن الخامسة والستين وتتضاعف نسب الإصابة به كل خمس سنوات بعد سن الخامسة والستين. وقد سمى المرض باسم مكتشفه طبيب الأعصاب الألماني ألويس الزهايمر (١٨٦٤–١٩١٥). وهناك ٣ مراحل للمرض:

المرحلة الأولى: وتشمل الانخفاض التدريجى للذاكرة وضعف الادراك، والتفكير المنطقى، وانخفاض الكفاءة في القيام بمتطلبات الحياة اليومية.

المرحلة الثانية: وتتميز بالقصور العقلى والانفعالى، وفبركة الإجابات للتغطية على عدم التذكر، وكذلك يكثر فيها الاكتئاب، وسرعة الغضب، وعدم الاستقرار، والتجوال على غير هدى، واضغام الكلم، وعدم القدرة على القراءة أو الكتابة.

المرحلة الثالثة: وفيها يتزايد التوهان وعدم القدرة على التعرف على الأقارب، ثم الموت بعد ٤ أو ٥ سنوات.

ولا يوجد حتى الآن علاج ناجع لمرض الألزهيمر. بل إن المرض يتدهور بصورة مضطردة. وقد تساعد بعض العقاقير في الإبطاء من تدهور حالة المريض، ولكن لا يوجد علاج ناجع لهذا المرض حتى الآن.

الخرف الناتج عن أمراض الأوعية الدموية بالدماغ:

يحدث هذا الخرف عند بعض من يصابون بجلطة الدماغ وبأمراض الأوعية الدموية في المخ. وهو يأتي في المرتبة الثانية بعد الألزهيمر في نسبة حالات الخرف، حيث يسبب حوالى ١٠% من حالات الخرف. وتختلف مظاهر وأعراض المرض تبعاً لسبب وموقف التلف المخ. وتشمل عوامل الخطورة في حدوث المرض ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع الكولسترول، والسكر، والتدخين. وعلى خلاف الألزهيمر الذى يحدث بطريقة تدريجية، فإن الخرف الناتج عن جلطات الدماغ يحدث بشكل مفاجئ ثم يستقر إلى أن يحدث حدث آخر بالمخ. وأكثر الوظائف تأثرً هنا هي الوظائف التنفيذية وتشمل صعوبات حل المشكلات، وتركيز الانتباه، وسرعة معالجة المعلومات. كذلك قد توجد صعوبات بصرية–مكانية تشمل قراءة عقارب الساعة.

الخرف الناتج عن أجسام ليوى Lewy bodies:

ويتميز هذا النوع من الخرف بوجود ترسبات بروتينية ميكروسكوبية في المخ تسمى بأجسام ليوي. ويظهر لدى المصابين بهذا المرض فقدان الذاكرة، بجانب أعراض أخرى إضافية مثل الهلاوس البصرية ومشكلات النوم. ويظهر هذا المرض غالبا في سن الخمسينات. كما أن هذا المرض يتميز بالهلاوس البصرية، وباضطراب

الحركة، وبتذبذب الوظائف العرفية، فمثلاً قد يستطيع الشخص ارتداء ملابسه في بعض الأيام ولكنه لا يستطيع القيام بذلك في أيام أخرى.

الخرف الناتج عن إصابات الدماغ:

ويحدث هذا الخرف كنتيجة للحوادث، مثل حوادث السيارات أو السقوط أو الضرب على الرأس، وحودث الاختناق بغاز أول أكسيد الكربون، أو غيرها مما يؤدى إلى تلف أجزاء من المخ وفقدان وظيفتها. وهناك اتفاق على أنه يمكن تحديد شدة الإصابة بناء على المظاهر التي يتم ملاحظتها عند وقوع الإصابة، مثل طول فترة الغيبوبة أة فقدان الوعى، والنسيان عقب الصدمة، ودرجة مقياس جلاسجو للغيبوبة. كما يصاحب إصابات الدماغ عدد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، والاضطراب التالى للصدمات النفسية PTSD.

زملة فرنكة-كورساكوف:

يؤدى النقص الشديد في فيتامين ب-١ إلى هذا حدوث هذا الاضطراب. وأكثر الأسباب شيوعا للمرض هو إدمان الخمور أو الكحوليات: ولكنه قد ينتج عن أسباب أخرى مثل مشكلات امتصاص الغذاء في الجهاز الهضمي. ويعاني المصابون بهذا المرض من القصور الشديد في وظيفة الذاكرة حتى ولو كانت قدراتهم المعرفية الأخرى في حالتها العادية. ويحتاج المخ إلى فيتامين ب-١ لإنتاج الطاقة. فإذا حدث نقص في هذا الفيتامين فإن المخ لا يستطيع القيام بوظائفه بصورة طبيعية.

مرض باركنسون:

تشتمل أعراض هذا المرض على صعوبة التحكم في حركات الجسم، ومشكلات التوازن، والرعشة في الأطراف، وعير ذلك من الأعراض. ويؤثر هذا المرض على منطقة غنية بالخلايا العصبية التي تقوم بإنتاج الدوبامين dopamine، ومع تقدم المرض تظهر أجسام ليوى Lewy bodies مما يؤدى إلى حدوث التدهور في الوظائف المعرفية. وتبلغ نسبة من يصابون بالخرف من مرضى باركنسون ما يتراوح بين ٥٠% و٨٠% ويحدث الخرف بعد حوالى عشر سنوات من بداية المرض.

مرض هنتنجتون:

وهو من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبى. وأهم مظاهر المرض

الحركات اللاإرادية بالإضافة إلى التدهور الشديد في الفهم العام والقدرة على التفكير. ويظهر المرض عادة في عمر مبكر في الثلاثينات والأربعينات من عمر الشخص. ويرجع المرض إلى خلل وراثى جينى.

الاضطراب العصبى–المعرفى للفص الأمامى–الصدغى:

وينشأ هذا الاضطراب نتيجة لضمور في بعض أجزاء المخ التي ترتبط بالشخصية واللغة والسلوك. ويحدث هذا النوع من الخرف في عمر مبكر نسبياً وذلك بالمقارنة بمرض الألزهيمر. وتشتمل الأغراض غالباً على تغيرات في الحالة المزاجية والسلوك. فمثلاً قد يرتدى الشخص ملابس غريبة أو يصدر عنه سلوك يتسم بالعنف على غير المعتاد، أو قد يعانى من القلق الشديد أو اللامبالاة apathy. ولا يدرك الشخص أنه يتصرف بطريقة غريبة. كذلك قد تشمل الأعراض صعوبات في التواصل وفى فهم اللغة.

مرض كروتسفيلد–جاكوب Creutzfeldt-Jacob:

وهو ما يسمى أيضاً بمرض جنون البقر. وهو مرض نادر، ويبدأ المرض كنتيجة لوجود بروتينات تسمى بريون Prions في المخ حيث تنتشر بشكل سريع في المخ بما يؤدى لإصابة الخلايا الأخرى بالمخ. ويبدأ المرض عادة بأعراض اكتئابية تعقبها الوفاة بشكل سريع.

خدمات علم النفس الاكلينيكى للمسنين:

تشمل خدمات علم النفس الاكلينيكى للمسنين نفس الخدمات التي يقدمها الأخصائى النفسى بوجه عام، مع تكييف تلك الخدمات بما يناسب المسنين سواءً في ذلك ذوى القدرات المعرفية السوية أو من يعانون من مشكلات الخرف. ويتم عادة تحويل المريض للخدمات النفسية عن طريق الأسرة أو عن طريق الطبيب العام. وهنا ينبغي التنبه للأفكار التقليدية حول المرض النفسى في المجتمع، وهو ما يطلق عليه أحياناً وصمة المرض النفسى، فالمرض النفسى مثله مثل الأمراض الأخرى كالسكر وارتفاع الضغط والسرطان وغيرها. ويتطلب ذلك من الأخصائى النفسى أن يتنبه لهذا الأمر ويعمل على إضفاء جو من الارتياح والاطمئنان والقبول عند كبار السن. وعلى الأخصائى النفسى أن يتعرف على أسباب التحويل ومشكلات المريض، وأعراض المرض، والتاريخ الطبي للمريض.

وعند فحص الحالة الوجدانية للمريض يجب التنبه إلى الفروق بين كبار السن

وغيرهم من الفئات الأخرى بالنسبة للأعراض المرضية. فمثلاً قد لا يأخذ الاكتئاب النفسى لدى كبار السن نفس صورة الأعراض التي نشاهدها عند الأشخاص الأصغر سناً. فقد ينفى الشخص كبير السن أنه يشعر بالحزن أو الاكتئاب. وبدلا عن ذلك يشكو من اضطرابات النوم وضعف الشهية لتناول الطعام، أو فقدان الوزن، وتناقص الاهتمام بالأشياء التي كان يحبها من قبل. أو بضعف الدافع للقيام بأى مجهود. وقد تم تصميم مقاييس تناسب كبار السن حيث تركز على تلك الأعراض التي تكثر في مرحلة الشيخوخة. ومثال ذلك مقياس الاكتئاب النفسى لدى كبار السن Geriatric Depression Scale.

كذلك يجب أن يتنبه الأخصائى النفسى إلى مخاطر الانتحار عند كبار السن. فمع كثرة الأمراض التي يعاني منها الشخص كبير السن، وكثرة الآلام الجسمية، والمعاناة من الأمراض المزمنة كالسرطان، والفشل الكلوى وتعاطى الكحوليات أو العقاقير المخدرة بالإضافة إلى الاكتئاب الشديد، قد تتزايد احتمالات التفكير في الانتحار عند بعض كبار السن. كذلك قد يزيد من المخاطر عدم وجود عائلة تحيط بالشخص، وتخفف عنه مشاعر المعاناة واليأس. وهنا ينبغي أن يقوم الأخصائى النفسى بتقييم مخاطر الانتحار وأن يقدم العلاج النفسى لمنع حدوثه. وتشير الإحصاءات في الولايات المتحدة إلى أن حوالى ٢٠% من حالات الانتحار تحدث عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً.

ولعل من أهم المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسى عند العمل مع كبار السن تلك التغيرات في القدرات المعرفية والذاكرة. وينبغى أن يشتمل التقييم النفسى على تقييم مستوى الأداء المعرفى عند كبار السن. حيث نجد أن هناك درجات مختلفة من التدهور المعرفى. وهنا ينبغي التنبه إلى أنه قد تختلط أعراض الاكتئاب النفسى لتعطى انطباعاً بالتدهور العقلى غير الحقيقى. وهنا تساعد الاختبارات النفسية–العصبية في الوصول إلى صورة واضحة تساعد على التشخيص الدقيق.

ويستعان أحياناً ببعض الأدوات التي تقدم صورة أولية للتغيرات المعرفية عند المريض. ومن هذه الأدوات مقياس الحالة العقلية المصغر Mini Mental Status Examination (MMSE). ويستغرق تطبيقه وقتاً قصيراً ويعطى فكرة أولية عن وجود أو عدم وجود حالة الخرف أو التدهور في الوظائف المعرفية. وهناك مقاييس نفسية–عصبية تعطى صورة أكثر دقة وشمولاً للتغيرات المعرفية في مرحلة الشيخوخة وغيرها من المراحل.

٥- علم النفس الاكلينيكى للصدمات النفسية والكوارث Traumatology :

تطور هذا الفرع تطورا كبيراً منذ العقد الأخير من القرن الماضى. على أن الاهتمام بهذا الاضطراب بدأ منذ الحرب العالمية الأولى حيث أطلق عليه اصطلاح صدمة القنابل shell shock. وتبين فيما بعد أن تلك الصدمات النفسية لا تقتصر على خبرات الحروب بل تحدث كثيراً في حياتنا اليومية. وهو يقدم خدمات الفحص والعلاج للأشخاص ضحايا الصدمات النفسية أو الذين تعرضوا للكوارث المختلفة. وينشأ الاضطراب التالى للصدمات النفسية كنتيجة للتعرض لحادث خطير أو لسلسلة من مواقف الحروب. أو سوء المعاملة أو الاغتصاب. وتلك الأحداث الصادمة التي تؤدى إلى هذا الاضطراب النفسى هي أحداث خارجة عن المألوف، وشديدة التأثير بما يؤدى إلى حالة من الكرب النفسى distress عند أي شخص يتعرض لتلك الأحداث. وتحدث تلك الأحداث الصادمة غالباً بصورة مفاجئة، كما يدركها الشخص على أنها خطيرة بالنسبة له أو لغيره. كما أن تلك الأحداث تحد من قدرة الشخص على القيام بالاستجابة المناسبة. ويرى علماء النفس أن الاضطراب التالى للصدمات النفسية هو استجابة عادية (سوية) لموقف غير عادى. على أن هذه الاستجابة وتلك المعاناة النفسية والجسمية في اضطراب الصدمة النفسية تقع خارج نطاق السواء وتشير إلى الحاجة للمساعدة النفسية المتخصصة.

وتشير الدراسات الابدميولوجية إلى أن أكثر الناس يتعرضون في حياتهم للصدمات، حيث تشير الإحصاءات إلى أن ٨٧% من النساء و٩٧% من الرجال يمرون خلال حياتهم بحادث صادم واحد على الأقل. على أن نسبة من يحدث لديهم اضطراب الصدمة النفسية يقل عن ذلك بكثير. وتشير الدراسات المسحية إلى نسبة انتشار اضطراب الصدمة النفسية يصل إلى ما يقارب ٨%، بينما تصل نسبة الانتشار بين محاربي فيتنام إلى ٣١%. وتصل النسبة إلى ٤٩% بين ضحايا الاغتصاب، وتصل إلى ٣٢% بين من تعرضوا للضرب المبرح. كذلك أظهرت بعض الدراسات أنه في حالة الكوارث قد يحدث الاضطراب التالى للصدمة للأشخاص رغم أنه لم تحث لهم إصابات جسمية. كما يتعرض للصدمات القائمون على عمليات الإسعاف، والعاملون بأقسام الطوارئ بالمستشفيات ورجال الشرطة الذين يشاهدون الجثث والقتلى والمصابين. وكثيراً ما تنشأ المشكلات الأخرى المصاحبة مثل إدمان الخمور والمخدرات، والاكتئاب، والقلق، والمشكلات الدراسية والمهنية.

أسباب الصدمات النفسية:

يمكن تصنيف أسباب الصدمات النفسية على النحو التالى:

- حالات الحروب بين الدول، والحروب الأهلية، وحوادث الإرهاب، والانفجارات، والتفجيرات الانتحارية.
- التعرض للتعذيب، خاصة للمسجونين السياسيين.
- التعرض للحوادث مثل حوادث السيارات، والقطارات، والغرق، وغرق المراكب أو العبارات، وغيرها.
- التعرض للأذى الجسدى بالضرب أو بالسلاح الأبيض أو الأسلحة النارية أو تعرض الأطفال للأذى الجسدى
- التعرض للإيذاء الجنسى كالتحرش، والاغتصاب، ولمس الأجزاء الخاصة عند الأطفال والمراهقين والكبار.
- الإيذاء الوجدانى مثل التهكم المستمر والتهديد بالترك أو الطلاق، أو الزواج من شخص آخر، أو تحطيم الممتلكات.
- التعرض للجرائم: مثل حوادث السرقة بالإكراه، والسطو المسلح، واختطاف السيارات، أو الاعتداء على أحد أفراد الأسرة.
- مشاهدة جريمة قتل أو اعتداء جنسى أي حادث خطير كمشاهدة صدم السيارة لأحد المارة.
- التعرض لهجوم الحيوانات مثل عقر الكلاب.
- كوارث الطبيعة كالزلازل، والبراكين، والفيضانات، والسيول
- الكوارث الأخرى مثل الحرائق وسقوط المباني
- الموت المفاجئ لشخص عزيز أو الإصابة بالأمراض الخطيرة مثل السرطان والأزمات القلبية.

الاستجابة المباشرة للصدمات :

لعل أكثر الاستجابات شيوعاً للصدمات النفسية هي حالة الخدر النفسى أو التنميل، حيث ينسحب الشخص من مختلف الأنشطة أو من الاختلاط بالآخرين. كما تظهر بعض الأعراض الأخرى، مثل فقدان الشهية، والإرهاق، ومشكلات الجهاز الهضمى، والآلام الجسمية، والاكتئاب النفسى.

أعراض الاضطراب التالى للصدمة النفسية: وتشمل عادة بعض هذه الأعراض

تذكر الحادثة بصورة متكررة ومزعجة

تكرار الأحلام والكوابيس المسببة للتوتر النفسي والألم المتقدمة بالحادث
شعور الشخص أو تصرفه كأنه يعيش الحادث من جديد
معاناة شديدة عند التعرض لأي سبب داخلي أو خارجي يذكره بحادث العنف
تسارع ضربات القلب، صعوبات في التنفس أو حصول تعرق عند التعرض لأي عامل داخلي أو خارجي يذكر بالحادث
تجنب الأفكار والمشاعر والأحاديث ذات الصلة بحادث العنف
تجنب النشاطات والأماكن أو الأشخاص الذين يستثيرون إعادة تذكر الحادث
عدم القدرة على تذكر عناصر مهمة من حادث العنف
تناقص الاهتمام والرغبة في المشاركة في نشاطات معينة
الشعور بالانفصال والغربة عن الآخرين
مستوى محدود من العاطفة، مثلاً: عدم القدرة على الاحساس بمشاعر الحب
الشعور بأنك لن تعيش بقية حياتك بصورة طبيعية، فى الزواج، المهنة أو أن يكون لديك أطفال
صعوبات في النوم
التهيج أو فورات الغضب
صعوبات في التركيز الذهني
اليقظة الزائدة أو الاستمرار في توقع حدوث أخطار محتملة
العصبية وسرعة الهياج والمبالغة في سرعة رد الفعل
الشعور بالانفصال عن الجسد كأن الشخص يراقب جسده من خارجه
الشعور بأن له أكثر من شخصية واحدة أو أن شخصيته تتغير أحياناً

دور الأخصائى النفسى في علاج الصدمات النفسية:

لا شك أن العلاج النفسى هو العلاج الفعال للاضطراب التالى للصدمة النفسية. ولقد تطورت أساليب العلاج النفسى المتخصصة في علاج الصدمات النفسية منذ تسعينات القرن الماضى وتم نشر مئات البحوث التي تعرض لنتائج العلاج والتي تبين مدى فعاليته في التغلب على الأعراض المؤلمة للمرض. وأهم وسائل العلاج هي:

- العلاج السلوكى المعرفى.
- العلاج بخفض الحساسية وإعادة المعالجة الذهنية بحركة العين EMDR.
- العلاج بالتنويم hypnosis.
- العلاج العقاقير النفسية.

الاعتبارات المهنية والأخلاقية في علاج الصدمات:

هناك عدد من الاعتبارات المهنية والأخلاقية التي يتحتم على الأخصائى النفسى الالتزام بها لممارسة العلاج النفسى. وسوف نعرض لأهمها فيما يلى:

على الأخصائى النفسى أن يلتزم باستخدام العلاجات النفسية التي أثبتت فعاليتها بالدليل العلمى. وهذا يتطلب أيضاً متابعة البحوث والدراسات المنشورة في المجلات العلمية

ينبغي على الأخصائى النفسى قبل أن يمارس أي نوع من العلاج أن يكون قد تلقى التدريب على أسلوب العلاج تحت إشراف المتخصصين. ولا تكفى الشهادة العلمية لممارسة العلاج. فإذا لم يكن الأخصائى قد تلقى التدريب تحت الاشراف فإن عليه التزام أخلاقى بتحويل المريض إلى الأخصائيين الذين يمتلكون التدريب والخبرة. وعلى الأخصائى النفسى أن يتورع عن جعل الأشخاص حقلاً للتجارب، أو أن يجرب أفكار أو أساليب لم تثبت كفاءتها في العلاج. ومن الممكن أن يتسبب الأخصائى غير المدرب في إحداث صدمة جديدة أو تكرار الصدمة للمريض.

المنظور العام لعلاج الصدمات:

على الأخصائى النفسى اختيار أسلوب العلاج الملائم للمشكلة. كما ينبغي أن يركز العلاج النفسى على بناء المهارات الجديدة، وترك ردود الأفعال غير الملائمة. وعلى المعالج أن يركز على ممارسة المهارات مثل لعب الأدوار.

وتبدأ أولى خطوات العلاج النفسى للاضطراب التالى للصدمات النفسية بالتثقيف المناسب حول طبيعة هذا الاضطراب وأسبابه وأعراضه. ولعل أول خطوة في العلاج النفسى هي تنمية قدرة المريض على التعامل مع الضغوط النفسية، وتعلم مهارات الاسترخاء والتنفس المنتظم، واستخدام التصور البصري وأسلوب إيقاف التفكير. ،كل ذلك يساعد على تزيد المريض بالأدوات التي تساعد على التعامل مع القلق والمخاوف والضغوط النفسية.

العلاج السلوكى-المعرفى للاضطراب التالى للصدمات النفسية:

لعل من أهم مكونات العلاج السلوكى المعرفى ما يسمى بعملية إعادة التشكيل المعرفى cognitive restructuring. وتشمل هذه العملية التعرف على الأفكار المرتبطة بالصدمة، والقيام بعملية تحد تلك الأفكار وتعديلها. ومن أمثلة تلك الأفكار:

الاعتقادات حول خطورة المواقف والأماكن والمنبهات المرتبطة بالصدمة.

الشعور بالذنب وتأنيب الذات
عدم الثقة بالآخرين والشك فيهم
النظرة السلبية للذات
النطرة السلبية أو المتشائمة للمستقبل
الشعور بالعجز learned helplessness

أما المكون الثانى في العلاج فهو ما يسمى بالتعرض للصدمة exposure. وهنا نحتاج إلى قدر كبير من الحنكة والمهارة. وذلك لأن إعادة التعرض للذكريات أو المواقف الصدمية قد يؤدى إلى إحداث صدمة جديدة للمريض بدلا عن شفائه. وينبغي أن يكون هذا التعرض تدريجياً وليس بالإغراق flooding. وينبغى أن يتناسب هذا التعرض مع حالة المريض النفسية، بل وصحته الجسمية. فلا يعقل تعريض شخص مريض بالقلب لمواقف تؤدى إلى الضغوط النفسية الشديدة التي قد تضره صحياً. كما ينبغي أن يتناسب التعرض مع حالة الشص وخصائصه الشخصية. كما ينبغى أن يسبق التعرض بمساعدة المعالج حدوث التعرض دون وجود المعالج. وهنا نميز بين نوعين هامين من التعرض للصدمة: التعرض التخيلى imaginal والتعرض الحى للمواقف والمنبهات التي تذكرهم الصدمة. ونحتاج في مرحلة التعرض لاستخدام أساليب الاسترخاء والتأمل للتعامل مع التوتر النفسى الشديد الذى ينشا عن التعرض لذكريات الصدمة. كما يلاحظ أن أسلوب التعرض لذكريات الصدمة لا يناسب المرضي بأمراض نفسية شديدة كالفصام مثلاً.

دور الأخصائى النفسى في علاج ضحايا الكوارث:

تمثل الكوارث واحدة من أكبر التحديات التي تواجه المجتمعات والحكومات والمختصين. فالفيضانات والزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وكذلك الكوارث الأخرى مثل حوادث القطارات والطائرات والسيارات والانفجارات تمثل تحدياً كبيراً للأفراد والمجتمعات. ويوجد في الولايات المتحدة مجموعة كبيرة من الاخصائيين النفسيين المتخصصين في علاج الصدمات النفسية يرتبطون تنظيمياً بالصليب الأحمر، وعند حدوث كارثة مثل حوادث القطارات، والفيضانات، والتفجيرات يقومون بالاتصال الصليب الأحمر ويقدمون العون النفسى بصورة تطوعية لضحايا الكوارث الذين يعانون من الآثار الحادة للصدمات النفسية والكوارث.

٦- علم النفس – العصبى الاكلينيكى Neuropsychology :

علم النفس الاكلينيكى العصبى هو علم يختص بتطبيق علم النفس العصبى على تشخيص وعلاج الاضطرابات الناشئة عن أمراض المخ أو الإصابات الناشئة عن الحوادث. وقد شهد هذا العلم نموا كبيرا استجابة لاحتياجات المرضى ليركز على الفحص وتطبيق الاختبارات النفسية العصبية ورسم خطط العلاج والتأهيل، وتنفيذ الخطط العلاجية، والمتابعة وتقييم الاستجابة. ويركز علم النفس العصبى على علاقة المخ بالسلوك. بينما يركز علم النفس الاكلينيكى العصبى على علاقة المخ باضطرابات السلوك وبالإعاقات الجسمية والمعرفية الناتجة عن إصابات أو اضطرابات المخ. ويحتاج المتخصص في علم النفس العصبى الاكلينيكى أن يكون على معرفة جيدة بتشريح المخ وفسيولوجية المخ وبأدائه لوظائفه.

ويمكننا ملاحظة علاقة المخ بالسلوك بصورة واضحة في حالات جلطات المخ، فحدوث جلطات الدماغ يؤثر على وظائف الحركة في أحد جانبى الجسم، فتتأثر وظائف اللغة والكلام إذا حدثت جلطة المخ في الجانب الأيسر من المخ عند الأشخاص الذين يسود لديهم استخدام اليد اليمنى. أما الأشخاص الذين يسود لديهم استخدام اليد اليسرى (الأشول) فسوف تتأثر لديهم وطائف اللغة والكلام إذا حدثت الجلطة في الجانب الأيمن من المخ. ويرجع ذلك إلى أن النصف الأيمن من المخ يتحكم في الجانب الأيسر من الجسم أما النصف الأيسر من المخ فإنه يتحكم في الجانب الأيمن من الجسم.

ويقوم المختصون بعمليات الفحص والعلاج للأشخاص الذين تعرضوا لإصابات بالمخ كنتيجة للحوادث كحوادث السيارات أو الانفجارات أو الوقوع أو كنتيجة لبعض الأمراض التى تصيب المخ كالحمى الشوكية والذئبة الحمراءوغيرها من الأمراض أو الناتجة عن شرب الكحوليات وتعاطى المخدرات.

وقد ظهرت منظورات متعددة لتشرح علاقة المخ بالوظائف المختلفة وبالاضطرابات الحركية، والحسية والسلوكية. وأول تلك النظريات هي نظرية الموضعية في المخ. وقد بدأت هذه النظرية في القرن التاسع عشر على يد جال Gall (1758-1828)، والذى رأى أن المخ يتكون من أعضاء مختلفة كـــل عضو منها مسئول عن سمة نفسية أو خصلة معينة. فهناك موضع في المخ لصفة الشجاعة أو قوة الإرادة. وتلك الأفكار التي ترتدى ثوب العلم الزائف هي أشبه بخرافات الأبراج الفلك وقراءة الكف وقراءة الفنجان. فلم تجرى أية دراسات منهجية أو إحصائية موضوعية لتؤكد أو تنفى تلك الآراء.. على أن أول دليل على نظرية الموضعية قدمه بول بروكا Broca في عام ١٨٦١ والذى حدد موقع الجانب الحركى للكلام في منطقة محددة في

الفص الأمامى للمخ. كما أعلن فرنكه Wernicke بعد عقد من الزمان في سنة ١٨٤٧ أن فهم اللغة يقع في الفص الجبهى للمخ. وبحلول منتصف القرن العشرين كان قد تم نشر خرائط عديدة تحدد مواضع مختلفة في المخ للوظائف النفسية المعقدة والأساسية (Golden , 1981).

ولم يوافق الكثير من المتخصصين على نظرية الموضعية لأنها لم تتمكن من تفسير الكثير من نتائج الدراسات التي قام بها العديد من العلماء، كما وجدوا الكثير من الحالات التي تناقض تلك النظرية تماماً. وظهرت نظرية تكافؤ القدرة equipotentiality theory في المخ والتي ترى أن الأجزاء المختلفة من المخ يمكن أن تؤدى نفس الوظيفة إذا لزم الأمر.

على أن هذه النظرية بدورها تعرضت للنقد من جانب المتخصصين، الذين قدموا بدورهم تصورات مختلفة، والذين رأوا أن العمليات المعقدة تعتمد على مراكز متعددة في المخ. وإذا نظرنا إلى وظيفة مثل الكلام نجد أنها تحتوى على عديد من المكونات، فهى تشمل سماع وتمييز الأصوات، والربط بين الأصوات والأشياء التي تسميها، والصور الذهنية للأشياء المرتبطة بالأسماء، وتذكر المواقف المرتبطة بالكلمة، ثم التعبير الصوتى أو الحركى، ويشارك في هذه العملية العديد من المناطق أو المواضع بالمخ.

مجالات الاهتمام في على النفس العصبى الاكلينيكى:

هناك عدد من المشكلات التي تحظى باهتمام المتخصصين في مجال علم النفس الاكلينيكى. وأم هذه المجالات:

١- إصابات الرأس نتيجة للحوادث.
٢- أورام المخ.
٣- جلطة المخ.
٤- الصرع.
٥- إدمان الكحول والمخدرات.
٦- مرض نقص المناعة المكتسب Aids.
٧- مرض الذئبة الحمراء Lupus.
٨- الخرف والألزهيمر.

ويعتبر الفحص والقياس النفسى بمثابة المجال الرئيسى لعمل الأخصائى النفسى العصبى الاكلينيكى، حيث يقدم الأخصائى بناءً على نتائج الفحص توصياته بالنسبة للعلاج والتأهيل، وقدرة الشخص على اتخاذ القرارات الطبية أو المالية، أو هما معاً.

ويستخدم المتخصصون العديد من أدوات القياس، والاختبارات التي تقيس المظاهر السلوكية، والمهارات، والوظائف المختلفة. المختلفة، وهناك العديد من المقاييس والاختبارات المقننة، والتي يتوفر لها المعايير المستمدة من البحوث العلمية، بجانب توفر الثبات والصدق. ويبدأ الفحص النفسى بتسجيل الحالة المرضية أو الشكوى اعتماداً على المعلومات المستمدة من المريض نفسه أو من العائلة أو من السجلات الطبية. كما يقوم بكتابة التاريخ الاجتماعى والتعليمى والمهنى للشخص.

وقد استخدم العديد من الاختبارات لفحص إصابات المخ. وهناك الكثير من الاختبارات التي تستخدم مع بعضها البعض تبعاً لتفضيلات الأخصائيين. كما أن هناك بطاريات اختبار تشتمل على مجموعة ثابتة من الاختبارات التي تم تقنينها معا لتعطى درجات منفصلة للاختبارات الفرعية مع إعطاء درجة كلية تمثل الأداء العام للمريض. ونذكر هنا بإيجاز بعض الاختبارات الشائعة الاستخدام.

اختبار بندر-جشطلت Bender-Gestalt: وهو من أقدم الاختبارات المستخدمة. ويطلب فيه من المريض نسخ ٩ رسوم كل رسم منها على بطاقة مفصلة، وذلك على صفحة بيضاء. كما يطلب منه بعد ذلك رسم تلك الأشكال مرة أخرى من الذاكرة على صفحة بيضاء جديدة. ويتم تصحيح الرسوم تبعاً لمعايير محددة.

اختبار بنتون للتذكر البصرى: Benton Retention Scale: ويشتمل هذا الاختبار على العديد من الأشكال التي يتم نسخها وهى معروضة أمام المريض، أو رسمها من الذاكرة. ويؤخذ في الاعتبار عند التصحيح نسبة ذكاء المريض. وقد وجد بنتون أن الاختبار أظهر نجاحه في التمييز بين المرضى ممن يعانون من إصابات بالجانب الأيمن من المخ وغيرهم من المرضى.

اختبار تصميم المكعبات للوكسلر: Block Design

اختبار المتاهات Mazes

اختبار المصفوفات المتدرجة Progressive Matrices

اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات: Wisconsin Card Sorting Test

اختبار مهارة الأصابع

بطاريات الاختبار النفسى-العصبى :

هناك عدد من بطاريات الاختبار النفسى-العصبى التي يستخدمها الأخصائيون النفسيون في فحص المرض. وتشتمل هذه البطاريات على عدد من الاختبارات التي يقيس كل منها قدرة أو مهارة مختلفة. ومن أهم المجالات التي تغطيها تلك البطاريات:

اختبارات القدرات اللفظية والكلام واللغة

اختبارات الادراك المكانى
اختبارات التفكير التجريدى والتحليل المنطقى
مهارات التسلسل
وظائف الذاكرة والانتباه والتركيز

ولعل من أشهر الأمثلة على ذلك مقاييس وكسلر. فلد أظهرت الدراسات السابقة أن الأشخاص المصابين بتلف حاد (حديث) في النصف الأيسر من المخ يحصلون على درجات أقل جوهرياً على اختبارات المقياس اللفظى وعلى الذكاء اللفظى، بينما يحصل الأشخاص الذين يعانون من إصابة أو تلف حاد في النصف الأيسر من المخ على درجات منخفضة على اختبارات الأداء بالوكسلر.

مقياس لوريا نبراسكا النفسى–العصبى:

ومن أهم البطاريات التي يشيع استخدامها في فحص الأشخاص الذين يعانون من إصابات الدماغ مقياس لوريا نبراسكا النفسى–العصبى Luria Nebraska Neuropsychological test Battery. ويستند هذا المقياس على نظرية الأنساق الوظيفية للمخ، والتي طورها لوريا في الاتحاد السوفييتى. وقد قام جولدن ورفاقه بتطوير المقياس اعتماداً على الطرق التي استخدمها لوريا في تقييم الأشخاص الذين يعانون من إصابات الدماغ. وقد تم تجميع هذه الاختبارات لتكوين بطارية اختبارات تم تقنينها بأساليب القياس النفسى. ويتكون المقياس من ٢٦٩ بنداً تشكل ١١ اختباراً، على الحو التالى: (Golden, Hmmake, Purish, Purish, & Moses, 1984)

١- البنود الحركية.
٢- الإيقاع.
٣- القدرات البصرية.
٤- سرعة الاستجابة.
٥- التعبير اللفظى .
٦- الكتابة.
٧- القراءة.
٨- الحساب.
٩- الذاكرة.
١٠- الذكاء (العمليات العقلية).

ويوفر الناشر التصحيح الالكترونى للاستجابات على المقياس مع تقديم تفسيرات

مبدئية للنتائج، يستخدمها الأخصائى النفسى في كتابة التقرير النهائي آخذا في الاعتبار المعلومات الأخرى المتوفرة عن المريض.

بطارية اختبارات هالستد–ريتان :

وتعتبر **بطارية** اختبارات هالستد – ريتان من أشهر بطاريات الاختبارات في مجال الفحص النفسى – العصبى. وتشتمل هذه البطارية على الاختبارات التالية (Jarvis, P. & Barth, J, 1984).

١– اختبار الفئات.
٢– اختبار الأداء الحسى.
٣– اختبار سيشور للإيقاع.
٤– اختبار إدراك الكلام والأصوات.
٥– اختبار سرعة النقر بالإصبع.
٦– اختبار تتبع الأرقام والحروف.
٧– اختبار الأفازيا.
٨– اختبار فحص الادراك الحسى.
٩– اختبار قوة قبضة اليد.

وبناء على نتائج الاختبار يتم تحديد مدى العطب في قشرة المخ، ومدى شدة الإصابة، وهل إصابة المخ موضعية أم منتشرة، وهل هي في النصف الأيمن أو الأيسر أم فيهما معاً، وهل الإصابة في مقدمة أو مؤخرة قشرة المخ، وما هي التوصيات بالنسبة للحياة اليومية للمريض وبالنسبة للعلاج.

٧– علم النفس الاكلينيكى الصحى Health Psychology :

ويختص هذا المجال بتقديم خدمات علم النفس فى المجال الصحى ويعملون مع الفريق الطبى فى علاج الاضطرابات الجسمية، وفى زيادة اتباع المرضى لتوصيات وخطط العلاج الصحى. وقد نشأ هذا الفرع فى السبعينات من القرن الماضى. كما يهتم بدراسة السلوكيات التى تعرض الفرد للإصابة بأمراض بعينها مثل مرض نقص المناعة المكتسب، وكذلك تأثير الضغوط النفسية على جهاز المناعة وعلى الحالة الصحية للفرد، ومساعدة مرضى السرطان على التعامل من هذا المرض وما يتصل به من مشاعر القلق والخوف والاكتئاب، ومساعدتهم على تحقيق الاستقرار النفسى. وهم يستخدمون أساليب مثل الاسترخاء والتنويم والعلاج السلوكى–المعرفى.

٨- علم النفس الاكلينيكى الجنائى Forensic Psychology :

ويركز هذا الفرع على تطبيق مبادئ علم النفس والصحة النفسية فى مجالات القانون والجريمة والاجراءات الجنائية. ومن الأمور التى يركز عليها المتخصصون فحص الأشخاص لتحديد درجة كفاءتهم العقلية وأهليتهم، وهل كان الشخص فى حالة عقلية تمكنه من إدراك طبيعة ماقام به وصحته أو خطئه، بما يوضح مدى مسئوليته عن أفعاله، وتقدير مدى خطورة الشخص على من حوله فى حالة الأصابة بالمرض العقلى. كما يتعاملون مع المشكلات الأسرية، والعنف العائلى، والنزاع حول حضانة الأطفال عقب الطلاق.

ويضيق المقام عن عرض كل فروع علم النفس الاكلينيكى. ومع نمو تلك الفروع يتوقع ظهور فروع جديدة لهذا العلم. وتفيد بلورة هذا النمو فى مجالات علم النفس الاكلينيكى فى التركيز على تطوير برامج التدريس والتدريب والبحث بالجامعات لإعداد المتخصصين الأكفاء في مجالات على النفس الاكلينيكى.

المراجع العربية والأجنبية

المراجـع

المراجع العربية :

١- ابراهيم (عبد الستار) (١٩٨٣) **العلاج النفسى الحديث قوة للإنسان.** القاهرة: مكتبة مدبولى.

٢- اسماعيل (محمد عماد الدين) وآخرون **الشخصية والعلاج النفسى.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٣- سويف (مصطفى)، فراج (محمد فرغلى) (١٩٧١) **اختبارات جيلفورد للشخصية،** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٤- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٨٥) **مرجع فى علم النفس الاكلينيكى.** القاهرة: دار المعارف.

٥- عكاشة (أحمد) (١٩٧٢) **التشريح الوظيفى للنفس: علم النفس الفسيولوجى،** القاهرة: الانجلو.

٦- عكاشة (أحمد) (٢٠٠٥) **علم النفس الفسيولوجى،** القاهرة: الأنجلو.

٧- عكاشة (أحمد) (١٩٨٠) **الطب النفسى المعاصر،** القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٨- عكاشة (أحمد) (١٩٨٢) **علم النفس الفسيولوجى،** القاهرة: الانجلو.

٩- فراج (محمد فرغلى) (١٩٧٠) **سمات الشخصية وأساليب الاستجابة: دراسة بواسطة التحليل العاملى،** رسالة دكتوراة، جامعة القاهرة.

١٠- فراج (محمد فرغلى)، الملا (سلوى) (ترجمة) (١٩٧٦) ل. س. واطسون: **تعديل سلوك الأطفال.** القاهرة: دار المعارف.

١١- فراج (محمد فرغلى)، السيد (عبد الحليم محمود)، مجدى (صفية) (١٩٧٦) **مقياس جود إنف - هاريس للرسم،** القاهرة: دار الأنجلو المصرية.

١٢- مليكة (لويس كامل)، اسماعيل (محمد عماد الدين)، هنا (عطية محمود) (١٩٥٦) **اختبار الشخصية المتعدد الأوجه،** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١٣- مليكة (لويس كامل) (١٩٧٧) اسماعيل (محمد عماد الدين)، هنا (عطية محمود) (١٩٥٩) **الشخصية وقياسها.** القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

١٤- مليكة (لويس كامل) (١٩٦٠) **الدلالات الاكلينيكية لمقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٥- مليكة (لويس كامل)، اسماعيل (محمد عماد الدين) (١٩٦٥) **مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
١٦- مليكة (لويس كامل) (١٩٧٧) **علم النفس الاكلينيكى: التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الاكلينيكية** (ج ١)، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
١٧- مليكة (لويس كامل) (١٩٨٣) **اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (كراسة التعليمات)**، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
١٨- نجاتى (محمد عثمان) (١٩٦٢) ترجمة: **سيجمند فرويد: القلق** القاهرة دار النهضة العربية.
١٩- مصرى حنورة، كمال مرسى (١٩٩٢) **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء**. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

المراجع الأجنبية :

1- American Psychological Association (1992) **Ethical principles of psychologists and code of conduct. American Psychologist.**
2- American Psychological Association (2007) **Dictionary of Psychology**. Washington DC: APA.
3- Anastasi, Anne (1988) **Psychological testing**. New York: Macmillan Company.
4- Baker, R., Hall, J.N., & Hutchinson, K. (1974) **A token economy project with chronic schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry,** 124, 367-384.
5- Barker, Philip (1990) **Clinical interviews with children and adolescents**. New York: W.W. Norton & Company.
6- Barlow, D. H., Hayes, S.C. & Nelson, Rosemary O. (1984) **The scientist Practitioner: Research & accountability in clinical and educational settings**. New York: Pergamon.
7- Barlow, D. H. & Carl. Jenna (2011) The Future of Clinical Psychology. In: D. Barlow (ed.) **The Oxford Handbook of Clinical Psychology.** New York: Oxford.

8- Barrios, B.A. (1985) On the changing nature of behavioral assessment. In: M. Hersen & A.S. Bellack: **Behavioral assessment: A practical handbook**. New York: Pergamon.

9- Bayley, N. (2006) **Bayley Scales of Infant and Toddler Development**, 3rd. Edition. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.

10- Beck, A. T. (1976) **Cognitive therapy and the emotional disorders.** New York: The New American Library.

11- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990) **Cognitive therapy of personality disorders**. New York: Guilford.

12- Beck, A. T. (1991) Cognitive therapy: A 30-year retrospective, **American Psychologist**, 46, 368-375.

13- Beck, A. T. & Young, J.E. (1985) Depression. In: **Clinical handbook of psychological disorders**. New York: Guilford.

14- Beitman, B. D.; Goldfried, M.R. & Narcoross, J.C. (1989) The movement toward integrating psychotherapies: An overview, **American Journal of Psychiatry,** 146:2.

15- Benjamin, L.T., Jr. (1996) Lightner Witmer's legacy to American Psychology. **American Psychologist.,** 51, 235-236.

16- Bolton, Elisa; Lambert, Jennifer; Wolf, Erika, Raja, Sheela; Varre, Althea; and Fisher, Lisa (2004) Evaluating a cognitive behavioral treatment program for veterans with posttraumatic stress disorder. **Psychological Services**, Vol. No 2, 140-146.

17- Boudewyns, P.A., Fry, T.J. & Nightingale, E.J. (1986) Token economy programs in VA medical centers: Where are they today? **The Behavior Therapist,** 9, 126-127.

18- Bowlby, J. (1951) **Maternal Care and Mental Health. New York:** Schocken.

19- Butcher, J.N.; Williams, C.L.; Graham, J.R.; Archer, R.R.; Tellegan, A, Ben-Borath, Y.S. & Kramer, B. (1992) MMPI-A: **A manual for administration, scoring, and interpretation**. Minneapolis, MN: NCR, Inc.

20- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., Ben-Borath, Y.S. (1990) **Development and use of the MMPI-2 content scales**.

Minneapolis: The University of Minnesota Press.

21- Cone, J.D. (1985) Psychometric considerations. In: M. Hersen & A.S. Bellack: **Behavioral assessment: A practical handbook**. New York: Pergamon.

22- Cormier, W. H. (1979) **Interviewing strategies for healers**. New York: Brooks/Cole Publishing Co.

23- Fensterheim, H. (1983) Introduction to behavioral psychotherapy. In: Fensterheim, H. & Glazer, H. I. (eds.) **Basic principles and studies in an integrative clinical model**. New York: Brunner/Mazel.

24- Craighead, W. E, Craighead, Linda W. & Ilardi, S. (1995) Behavior therapies in clinical practice. In: B. Bongar & L.E. Beutler (eds.) **Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice**. New York: Oxford University Press.

25- Davis, J.D., Fisher, L. & Davis, M.L. (1975) Stability and changes in strategies of psychiatric patients and normal interviews. **J. Consulting psychology**, 43, 205-215.

26- Dobson, K.S. (1988) **Handbook of cognitive behavioral therapies.** New York Guilford.

27- Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U. & Magee, W.J. (1994) Panic and panic disorder in the United States, **American Journal of Psychiatry**, 151, 413-420.

28- Eysenck, H.J. (1965) The contributions of clinical psychology to psychiatry. In J.G. Howells (ed.) **Modern perspectives in world psychiatry**. London: Oliver & Boyd.

29- Felton, J.L. & Nelson, Rosemary, O. Inter-assessor agreement on hypothesized controlling variables and treatment proposals. **Behavioral assessment,** 1984, 6, 199-208.

30- Ferreras, I. G., Routh, D. K., Cautin, R. L. (2016) History of clinical psychology following WW II. In: J. Norcross; G. R. Vandentsos; & D.K. Freedheim (Eds) **APA Handbook of Clinical Psychology**, Vo;. 1: Roots & Branches. Washington, DC: APA

31- Foreyt, J. P. & Rathjen, D. P. (1986) **Cognitive- behavior therapy**. New York: Plenum.

32- Fraiberg, S.; Addison, E. & Shapiro, V. (1975) Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach the problem of impaired infant-mother relationships. **Journal of American Academy of Child Psychiatr**y, 14, 387-421.

33- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1976) Clinical psychologists in the 1970's, **American Psychologist**, 31, 1-9.

34- Garfield, S.L. (1983) **Clinical Psychology**, 2nd ed., New York: Aldine Publishing Company.

35- Gazda, G.M.; Aubrey, F.S.; Balzer, F.J.; Childers, W.C.; & Walters, R.P. (1984) **Human relations for educators** (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon, Inc.

36- Glassi, J.P. & Perot, A. R. (1992) What you should know about behavioral assessment. **J. Counseling & Development**, 70, 624-631.

37- Golden, Charles (1981) **Diagnosis and Treatment in Clinical Neuropsychology**. Springfield, IL: Charles Thomas.

38- Goldenberg, H. **Contemporary clinical psychology** (1983) Monterey, CA: Brooks & Cole Publishing Co.

39- Greenberg, Sharon (1985) The case of P. In: A. Lazarus (ed.) **Casebook of multimodal therapy**. New York: Guilford.

40- Greist, J., Klein, M., Erdman, H, Bires, J.K., Bass, S.M., Machtinger, P.E. & Kresge, D.G. (1987) Comparison of computer- and interviewer- administered versions of the versions of the Diagnostic Interview Schedule, **Hospital & Community Psychiatry**, 38, 1304-1315.

41- Groth-Marnat, (1984) **Handbook of psychological assessment**. New York: Van Nostrand Reinhold Co.

42- Hall, C. (1978) **Primer on Freudian psychology**. New York: Octagon books.

43- Harvey, J.H. & Parks, Marjorie M. (1982) **Psychotherapy research and behavior change**. Washington, D.C.: American Psychological Association.

44- Hay, W.M., Hay, L.R., Angle, H.V. & Nelson, R.O. (1979) The reliability of problem identification in the behavioral assessment interview, **Behavioral Assessment,** 1, 107-118.

45- Hayes, S. (1991) Behavioral assessment. In: M. Hersen, A. Kazdin & A. Bellack (eds) **The Clinical psychology handbook**. New York: Pergamon.

46- Hersen, M., Kazdin, A.E. & Bellack, A.S. (1983) **The clinical psychology handbook**. New York: Pergamon.

47- Hersen, M. & Turner, S.M. (1985) **Diagnostic interviewing**. New York: Plenum.

48- Hunsley, J. & Wood, J. (2015) Controversial and Questionable Assessment Techniques. In: S. Lillinfeld; S. J. Lynn & J. M. Lohr: **Science and Pseudoscience in Clinical Psychology**. New York: Guilford.

49- Jacobs, Michael (1992) **Sigmund Freud.** London: Sage.

50- Jarvis, P. E, & Barth, J. T. (1984) **Halstead-Reitan Test Battery: An Interpretive Guide**. Odessa, Florida: PAR.

51- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1997) **A practical guide to clinical documentation in behavioral health care** Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission.

52- Kazdin, A. E. (1979) Situational specifity: the two-edged sword of behavioral assessment. **Behavioral assessment**, 1979,1 57-75.

53- Kazdin, A. E. (1985) Behavioral observation. In: M. Hersen & A.S. Bellack: **Behavioral assessment: A practical handbook**. New York: Pergamon.

54- Kazdin, A. E. & Wilson, G. Terence (1978) **Evaluation of Behavior Therapy.** Lincoln, Nebraska: Bison Books.

55- Kennedy, J. A. (1992) **Fundamentals of psychiatric treatment planning**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

56- Kramer, G.; Bernstein, D. & Phares, Vicky (2009) **Introduction to Clinical Psychology**. New Jersey: Pearson, Prentice Hall.

57- Kutash, S. B. (1983) Modified psychoanalytic therapies. In: B. B. Wolman (ed.) **Therapist's Handbook**, New York: Van Nostrand.

58- Lazarus, A. (1976) **Multimodal behavior therapy**. New York: Springer.

59- Lazarus, A. (1981) **The practice of multimodal behavior therapy**. New York: McGraw-Hill.

60- Lehman, A.F., Myers, C.P. & Cory, E. (1989) Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes, **Hospital & Community Psychiatry**, 40, 1019-1056.

61- Magaro, P.A. (1991) **Cognitive bases of mental disorders**. New York: Sage.

62- Manning, Carol & Ducharme, Jamie (2010) Dementia syndromes in older adults. In: Lichtenberg (ed.) **Handbook of Clinical Gerontology.** London: Elsevier

63- Mash, E.J. & Terdal, L.G. (1988) Behavioral assessment of child and family disturbance. in: E.J. Mash & L. G. Terdal (eds) **Behavioral assessment of childhood disorders**. New York: Guilford.

64- Mathison, K.S.; Evans, F.J. & Meyers, K. (1987) Evaluation of a computerized version of the diagnostic interview schedule. **Hospital & Community Psychiatry**, 38, 1311-1315.

65- McGoldrick, Monica & Gerson, R. (1985) **Genograms in family assessment.** New York: W.W. Norton & Company.

66- Meichenbaum, C. (1979) **Cognitive behavior modification**. New York: Plenum.

67- Nelson, Rosemary O. & Hayes, Steven C. (1986) **Conceptual foundations of behavioral assessment**. New York: Guilford

68- Nelson, Rosemary O. & Hayes, Steven C. (1979) Some current dimensions of behavioral assessment. **Behavioral Assessment.,** 1, 1-16.

69- Nicholi, Jr., A (ed.) (1988) **The New Harvard Guide to Psychiatry**. MA: Harvard University Press.

70- O’Brien, W.H. & Hayes, S.N. (1995) Behavioral assessment. In: Lynda A. Heiden & M. Hersen (eds) **Introduction to clinical psychology**. New York: Plenum.

71- O’ Donahue, W. (1989) The (even) Boulder Model: The clinical psychologist as metaphysician-scientist-practitioner,

American Psychologist, 44,1460-1468.

72- Ollendick, T. H. & Shirk, S.R. (2011) Clinical interventions with children and adolescents: Current status and future directions. In: D. Barlow (ed.) **The Oxford Handbook of Clinical Psychology.** New York: Oxford.

73- Pope, B. (1979) **The mental health interview: Research and application**. New York: Pergamon Press.

74- Rehm, L. & Mehta, P. (1994) Depression. In: V.B. Van Hasselt & M. Hersen (eds) **Advanced abnormal psychology**. New York: Plenum Press.

75- Routh, D.K. (1996) Lightner Witmer and the first 100 years of clinical psychology, **American Psychologist**, 51, 244-247.

76- Routh, D. K. (2011) A history of clinical psychology. In: D. Barlow **The Oxford Handbook of Clinical Psychology**. New York: Oxford University.

77- Routh, D.K. (1996) Lightner Witmer and the first 100 years of Clinical Psychology. **American Psychologist**, 51, 244-247

78- Seligman, M.E.P. (1995) The effectiveness of psychotherapy, **American Psychologist**, 50, 965-974.

79- Seltzer, B. (1988) Organic mental disorders. In: A. Nicholi, Jr. **The New Harvard Guide to Psychiatry.** MA: Harvard University Press.

80- Silva, F. (1993) **Psychometric foundations of behavioral assessment**. Newberg Park, CA: Sage Publications.

81- Stewart, Ch. & Cash, Jr., W.B. (1974) **Interviewing principles and practices**. Dubuque, Iowa: WCB.

82- Strickland, B.R. (1988) Clinical Psychology comes of age, **American Psychologist,** 43, 104-107.

83- Strupp, H.H. (1989) Psychotherapy: Can the practitioner learn from researcher? **American Psychologist**, 44, 717-724.

84- Sundberg, N.D. (1977) **Assessment of persons**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

85- Tuokko, H. A. & Smart, Collette (2018) **Neuropsychology of Cognitive Decline.** New York: Guilford.

86- Turner, S.M. & Hersen, M. (1985) The interviewing process. In: M. Hersen & S.M. Turner (eds.): **Diagnostic interviewing**. New York: Plenum.

87- Wakefield, J. C. (1992) The concept of mental disorder, **American Psychologist**, 47, 373-388.

88- Wechsler, D. (1989) **WPPSI-R: Wechsler Preschool and Primary Scale**. New York: The psychological Corporation.

89- Wiens, A.N, & Matarazzo, J.D. (1983) Diagnostic interviewing. In: M. Hersen & A.S. Bellack (eds.) **The Clinical psychology handbook.** New York: Plenum.

90- Young, J.G., O'Brien, J.D., Gutterman, E.M. & Cohen, P. (1987) Research on the clinical interview, **American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 613-620.

91- Yutsis, Maya; Rosen, Allyson; Deutsch, Gayle (2018) Neurocognitive Disorders. In: J. Butcher & Hooky (eds.) **Handbook of Psychopathology. Vol 1: Psychopathology: understanding, Assessing, and Treating Adult Mental Disorders.** Washington, DC: APA.

92- Zinberg, N.E. (1987) Elements of the private therapeutic interview. **American Journal of Psychiatry,** 144, 1527-1533.

